



Wijzigingsformulier Zvw-pgb

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (PGB) uit de zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aan ons doorgeven.

1. Gegevens budgethouder

Relatienummer verzekeraar

Naam verzekerde

Geslacht

Man

Vrouw

Geboortedatum

Burgerservicenummer

Telefoonnummer

E-mailadres

2. Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

Wijziging van zorgaanbieder (vul vraag 3 en 7 in)

(Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 4 en 7 in)

Verblijf WLZ instelling of ziekenhuis budgethouder langer dan 60 dagen aaneengesloten. (vul vraag 5 en 7 in)

Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 6 en 7 in)

3. Wijziging Zorgverlener

Huidige zorgaanbieder

Ingangsdatum wijziging

Waarom wilt u van zorgaanbieder wijzigen?

De huidige zorgverlener voldoet niet aan mijn wensen

De huidige zorgverlener stopt met zorgverlening

De huidige zorgverlener is ziek

Anders, namelijk

Welke zorg gaat uw nieuwe zorgverlener verlenen?

Legt u hier uit hoe u de zorg wilt regelen. Doet u dit voor een hele week. Beschrijft u waarom u deze zorg als gevolg van uw ziekte en/of aandoening op deze manier nodig heeft. U beschrijft alleen de zorg die verandert.

Bij welke zorgaanbieder wilt u zorg inkopen?

U beschrijft alleen de zorg die verandert.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in 1e of 2e graads	SBI code*	AGB code*
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		

* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- uw zorgaanbieder een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgaanbieder die niet BIG geregistreerd als verpleegkundige niveau 4 of niveau 5.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code en/of SBI code in. De AGB en SBI code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder niet over een AGB code, dan kan uw zorgaanbieder deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl

Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Naam	Aantal uren/ minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/ minuten per week persoonlijke verpleging	PGB
			Ja Nee
			Ja Nee
			Ja Nee
			Ja Nee
			Ja Nee

4. (Adres)wijziging (wettelijke) vertegenwoordiger

Ingangsdatum (adres)wijziging

Nieuwe gegevens

Voorletter(s), voorvoegsel(s), achternaam

Straatnaam, huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Geboortedatum

Geslacht

Man

Vrouw

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

De budgethouder is jonger dan 18 jaar. Ik ben ouder/voogd. Dit formulier wordt ondertekend door de ouder/voogd (wettelijke vertegenwoordiger).

Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder (bloed of aanverwante 1e of 2e graad).

Mijn relatie tot de budgethouder is

Dit formulier wordt ondertekend door de vertegenwoordiger.

Ik ben benoemd tot bewindvoerder, curator of mentor.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder, curator of mentor. (wettelijke vertegenwoordiger).

5. Opname

Als u langer dan 60 dagen aaneengesloten opgenomen bent in een WLZ instelling of ziekenhuis, dan verlagen we uw PGB naar rato.

Opnamedatum

Ontslagdatum

Naam ziekenhuis/zorginstelling

Plaatsnaam

6. Beëindiging persoonsgebonden budget

a) Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging Persoonsgebonden Budget.

Overlijden van de budgethouder Datum overlijden

Er is geen zorg meer nodig

Zorg wordt vervolgd in zorg in natura

Zorg wordt vervolgd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ)

Een andere reden, namelijk

b) Per welke datum wilt u het PGB beëindigen?

7. Ondertekening

Budgethouder

Ouder 1

Voogd

Curator

Bewindvoerder

Mentor

Vertegenwoordiger (bloed of aanverwante in de 1e of 2e graad)

Ouder 2

Naam

Datum

Plaats

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

** Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet de 2e wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.

*** Bij opvoering of wijziging van vertegenwoordiger, dienen de budgethouder en de vertegenwoordiger het formulier te ondertekenen.

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar uw zorgverzekeraar.

VinkVink Afdeling PGB vv

Postbus 75000

7500 KC Enschede