

# Declaratieformulier bij de module Zorg & Herstel voor vervoerskosten aan minderjarig kind of meeverzekerde partner



Heeft u de module Zorg & Herstel? Dan vraagt u met dit formulier de vervoerskosten terug van het bezoek aan uw minderjarige kind of meeverzekerde partner in het ziekenhuis. Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Sla het daarna op bij uw documenten. Ga naar MijnFBTO en declareer uw zorgkosten.

Heeft u vragen over het formulier? Stuur een WhatsApp naar (06) 83 60 18 82. Of bel (058) 234 53 33. We zijn er op werkdagen van 08.00 tot 17.30 uur.

## 1 Gegevens minderjarig kind of van uw meeverzekerde partner (als patiënt)

Naam

Postcode       Huisnummer

Woonplaats  Telefoon

Relatienummer           Geboortedatum   -   -

E-mailadres

## 2 Gegevens bezoeker

Naam

Geboortedatum   -   -

Wie is de bezoeker  Ouder/kind  Broer/zus  Partner  Anders, namelijk

## 3 Gegevens opname van de patiënt

**Let op!** Vul deze velden per aaneengesloten opname op één locatie.

Eerste dag opname   -   -     Laatste dag opname   -   -     Reeds opgenomen

Naam ziekenhuis  Postcode+huisnr.

## 4 Vervoer van het bezoek

Datum bezoek	Postcode vertrek (van bezoeker)	Taxivervoer of eigen vervoer of Kruis aan wanneer u met het taxivervoer of eigen vervoer hebt gereisd	Openbaar vervoer Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer hebt gereisd	Retour
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie kunt u bij ons opvragen.

Ga verder op de volgende pagina →

### 5 Overnachting van uw bezoek

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaalbedrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 6 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische) informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum  -  -  Handtekening

**Dien dit formulier bij voorkeur in via de FBTO Zorgapp of via MijnFBTO**

Liever via post indienen?      FBTO Zorg  
Stuur dit declaratieformulier      Postbus 318  
in een envelop naar:              8901 BC Leeuwarden