

**Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener terug.**  
**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 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd  Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. U declareert alleen kosten van een niet gecontracteerde taxivervoerder.

Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan onze vervoerslijn. Vervoer kan u aanvragen op onze [website](#) of bel op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00)

## 2 Uw gegevens (als patiënt)

Naam	<input type="text"/>									
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>					Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-
E-mailadres	<input type="text"/>									

## 3a Uw reisgegevens

**Vul alle velden in! Onvolledige formulieren en ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet. Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een nieuw formulier.**

In welk jaar zijn de kosten gemaakt?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Naam instelling	<input type="text"/>
Vertrekadres	<input type="text"/>			Aankomstadres	<input type="text"/>
Postcode + huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postcode + huisnr.	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>			Plaats	<input type="text"/>

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

<input type="checkbox"/> Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ik reis voor nierdialyse
<input type="checkbox"/> Ik heb een visuele beperking	<input type="checkbox"/> Ik ben rolstoelafhankelijk
<input type="checkbox"/> Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule	<input type="checkbox"/> Ik reis voor geriatrische revalidatiezorg
<input type="checkbox"/> Ik reis als donor (gever)	
<input type="checkbox"/> Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)	

## 3b Geef de gereden rit(ten) aan die u nu wilt declareren. Dit geldt niet voor toekomstige ritten.

Nr.	Datum van rit (DD-MM-JJJJ)	Soort behandeling	U maakte de rit voor een poliklinisch bezoek, een dagbehandeling, een opname/ontslag of weekendverlof?	Retourrit
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 vindt u op [fbto.nl/vervoer](#) of kunt u bij ons opvragen.**

Totaalbedrag van uw taxikosten (incl. BTW):

#### 4 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.

Ondertekeningdatum   -   -     Handtekening

#### 5 Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Sla het ingevulde formulier op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten.  
Liever per post indienen? FBTO Zorg, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.