**AANVRAAG FORMULIER**

|  |  |
| --- | --- |
| Algemene info |  |
| Naam formulier | **Aanvraagformulier Ongevallen** |
| Datum | 01-05-2024 |
| Versie | 1.5 |
| Auteur | Werkgroep MZ |

## Vragenlijst

**START VRAGENLIJST**

**Als er geen vergoeding mogelijk is uit de Basisverzekering voor een ongeval, dan kan er eventueel aanspraak gemaakt worden op vergoeding uit de aanvullende verzekering.**

**Er kan volgens de polisvoorwaarden een maximale vergoeding gelden voor de ongevallendekking.**

**Let op: De begindatum van deze aanvraag moet hetzelfde zijn als de datum ongeval.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Formulier beginnen met deze mededeling/vraag:** | | |
| **Let op**: ***De begindatum van deze aanvraag moet hetzelfde zijn als de datum ongeval*** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Wanneer heeft het ongeval plaatsgevonden?** | | |
| **Verplicht datum veld (dag-maand-jaar)** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Is er al eerder een machtiging verleend met betrekking tot dit ongeval (bij uw praktijk of een andere zorgverlener)** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Ja  Nee  Onbekend |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Beschrijving van het ongeval** | | |
| **Verplicht tekstveld** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Is er sprake van één of meerdere van de volgende situaties? (meerdere opties mogelijk)** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| 1. Kosten als gevolg van ziekte of ziekelijke afwijking van de verzekerde  2. Kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid  3. Kosten als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank  4. Kosten als gevolg van gebruik van alcohol of verdovende middelen  5. Kosten als gevolg van een vechtpartij en/of geweldpleging, anders dan uit zelfverdediging  6. Kosten die reeds voorzien waren voordat het ongeval plaatsvond en/of geen directe relatie hebben met het ongeval  7. Kosten voor planbare zorg in het buitenland  8. Kosten van orthodontische zorg  9. Nee |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Is er sprake van schade veroorzaakt door een derde partij?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Ja, derde partij onbekend bij verzekerde  Ja, derde partij bekend bij verzekerde  Nee |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Welke elementnummers zijn beschadigd door het ongeval?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Kwadrant 1:□ 11 □ 12 □ 13 □ 14 □15 □ 16 □ 17 □18  Kwadrant 2:□ 21 □ 22 □ 23 □ 24 □25 □ 26 □ 27 □28  Kwadrant 3:□ 31 □ 32 □ 33 □ 34 □35 □ 36 □ 37 □38  Kwadrant 4:□ 41 □ 42 □ 43 □ 44 □45 □ 46 □ 47 □48 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Hoe was de situatie van de beschadigde elementen voor het ongeval?** | | |
| **Let op: Bent u de eigen tandarts: Graag op het einde van deze aanvraag het patiëntendossier en röntgenfoto’s van voor het ongeval toevoegen als bijlage. Nota bene; dit geldt niet voor de spoeddiensttandarts.** |  |  |
| **verplicht tekstveld** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Hoe is de situatie van de beschadigde elementen na het ongeval?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Beschrijving behandelplan met vermelding van elementnummers** | | |
| **verplicht tekstveld** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Is de kaakchirurg betrokken bij de behandeling van het letsel van het ongeval** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Ja  Nee |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Zijn er al behandelingen uitgevoerd die betrekking hebben op het ongeval?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Ja  Nee |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Zijn deze behandelingen uitgevoerd door uw praktijk?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Ja  Nee |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Uw patiënt kan aan de betreffende behandelaar vragen om hem of haar een machtigingsaanvraag in te laten dienen via Vecozo om de behandelingen die uitgevoerd zijn bij een andere praktijk, vanuit zijn of haar ongevallenverzekering vergoed te krijgen |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Zijn deze behandelingen al gedeclareerd?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Ja  Nee |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
| Vraag alle tot nu toe uitgevoerde behandelingen aan in deze machtigingsaanvraag, zodat deze vanuit de ongevallenverzekering gedeclareerd kunnen worden. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Welke behandelingen heeft u uitgevoerd en zijn al gedeclareerd? Graag per datum de prestatiecode(s) en elementnummer(s) vermelden.** | | |
| **Verplicht tekstveld** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Graag zien we de volgende documenten meegestuurd en vinkt u aan welke beschikbaar zijn:** | | |
| * Verklaring huisarts, tandarts spoeddienst, medisch specialist (o.a. SEH) of bedrijfsarts of politie (verbaal) omtrent datum en aard van ongeval en letsel. * Beschikbare röntgenfoto's en lichtfoto's van voor en na ongeval * Behandelhistorie | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden** | | |
| **Upload bestanden** | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Welke prestatiecode(s) vraagt u aan?** | | |
|  | **Routering** | **JVC parameter** |
|  |  |  |