

# Verklaring Langdurige behandeling

Maakt u gebruik van ziekenhuiszorg, fysiotherapie, revalidatiezorg of GGZ? Laat deze verklaring dan invullen door uw zorgverlener. Voeg de ingevulde verklaring toe aan uw aanvraag voor een machtiging voor reiskostenvergoeding.

Reist u verder dan 200km enkele reis? Gebruik dan ook deze verklaring.

 **Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen.**

## In te vullen door uw zorgverlener

### Gegevens verzekerde

---

Voorletter(s)

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Klantnummer

Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

### Verzekerde heeft vervoer nodig voor langdurige behandeling

---

Startdatum van de behandeling (dd-mm-jjjj)

Gemiddeld aantal dagen per week dat de verzekerde voor de behandeling moet reizen

Verwachte einddatum van de behandeling (dd-mm-jjjj)

### Ondertekening

---

Naam zorgverlener

Naam zorginstelling

Locatie zorginstelling

AGB code

Datum (dd-mm-jjjj)

Handtekening zorgverlener