

AANVRAAG FORMULIER

Algemene info	
Naam formulier	Aanvraagformulier Ongevallen
Datum	02-07-2018
Versie	1.1
Auteur	CZ Claudia Prickartz

VERSIEBEHEER

Versie	Datum	Auteur	Versiegeschiedenis
1.0	02-07-2018	Claudia Prickartz	Opzet uniform formulier Ongevallen
1.1	27-8-2019	Ingrid van Koll	Vraag 10 toegevoegd
1.2	26-9-2019	Caroline Tabbers	Kop tekst toegevoegd, Verplicht veld vraag 9 verwijderd
1.3	29-11-2021	Claudia Prickartz	Info bij vraag 1 over datum ongeval
1.4	11-10-2023	ZK	Vraag 10 toegevoegd

Disclaimer

De inhoud van dit formulier is gebaseerd op praktijkervaring van specialisten van zorgverzekeraars. Uitgangspunt is dat niet meer persoonsgegevens worden verzameld dan noodzakelijk. Gelet op het doel waarvoor de gegevens worden verzameld - namelijk de beoordeling van een machtigingsaanvraag - worden slechts vragen in het formulier opgenomen die ter zake dienend en niet bovenmatig zijn voor de beoordeling van een aanvraag

Vragenlijst

START VRAGENLIJST

Benodigde info (infotekst):

- Bij de aanvraag zit een verklaring van uw huisarts, tandarts, medisch specialist, bedrijfsarts of politie over de datum van het ongeval en hoe het ongeval heeft plaatsgevonden
- Röntgenfoto(s) indien aanwezig in dossier evt. aanvullend met kleurenfoto(s) van voor en na het ongeval
- Behandelhistorie
- Kostenbegroting op elementnummers

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.

1. Wanneer heeft het ongeval plaatsgevonden?		
Let op: De begindatum op de aanvraag dient hetzelfde te zijn als de datum ongeval. Heeft u bij de begindatum niet de datum ongeval ingevuld, dan stoppen met het vullen van deze aanvraag en opnieuw beginnen met de aanvraag met de datum ongeval als begindatum.		
Verplicht datum veld (dag-maand-jaar)	Routering	JVC parameter

2. Beschrijving van het ongeval		
Verplicht tekstveld	Routering	JVC parameter

3. Is er sprake van één of meerdere van de volgende situaties? (meerdere opties mogelijk)		
Checkbox	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		

4. Is er sprake van schade veroorzaakt door een derde partij?		
Radiobutton	Routering	JVC parameter
Ja, derde partij onbekend bij verzekerde Ja, derde partij bekend bij verzekerde Nee		

5. Welke elementnummers zijn beschadigd door het ongeval?		
Checkbox	Routering	JVC parameter
Kwadrant 1: <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18		
Kwadrant 2: <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28		
Kwadrant 3: <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38		
Kwadrant 4: <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48		

6. Hoe was de situatie van de beschadigde elementen <u>voor</u> het ongeval?		
verplicht tekstveld	Routering	JVC parameter

7. Hoe is de situatie van de beschadigde elementen <u>na</u> het ongeval?		
verplicht tekstveld	Routering	JVC parameter

8. Beschrijving behandelplan met vermelding van elementnummers		
verplicht tekstveld	Routering	JVC parameter

9. Is de kaakchirurg betrokken bij de behandeling van het letsel van het ongeval		
	Routering	JVC parameter
Ja		
Nee		

10. Heeft u vanaf de ongevalsdatum, behandelingen uitgevoerd die betrekking hebben op het ongeval		
	Routering	JVC parameter
Ja, vraagt u deze behandeling ook aan bij deze aanvraag machtiging		
Nee		

11. Indien van toepassing, graag noodzakelijke bestanden uploaden		
Upload bestanden	Routering	JVC parameter

12. Welke prestatiecode(s) vraagt u aan?		
Selectie PC	Routering	JVC parameter

EINDE VRAGENLIJST