

Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb)

Let op!
Sla dit formulier eerst op
bij uw documenten op
uw computer. Vul daarna
het formulier in.



Aanvraagformulier

Heeft u vragen over het formulier?

Stuur een WhatsApp naar 06 82 88 05 08. Of bel (058) 234 53 53. We zijn er op werkdagen van 8.00 tot 17.30 uur.

Deel 1: verpleegkundige deel

Met dit formulier vraagt u een Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan voor Verpleging en Verzorging. U of een (wettelijke) vertegenwoordiger¹⁾ vult het formulier samen in met de verpleegkundige. De verpleegkundige voegt een kopie van dit deel van het aanvraagformulier toe aan het eigen dossier. **Let op!** U moet een kopie van de aanvraagformulieren Zvw-pgb deel 1 en deel 2 en van alle bijlagen in uw eigen administratie bewaren.

¹⁾ Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en Achternaam

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

Man

Vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en Woonplaats

Land

Telefoon privé

Mobiel

Naam verzekeraar

FBTO

Relatienummer FBTO

E-mailadres

Paraaf verpleegkundige

:

2. Gegevens wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld
in BIG register)

Telefoonnummer

E-mailadres

BIG-nummer

Niveau opleiding

Naam indicerende organisatie

AGB-code indicerende
organisatie

3. Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

Is er sprake van een herindicatie?

Ja Nee

De zorgvraag betreft:

Verpleging en/of verzorging langer dan één jaar

Verpleging/verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (kindzorg)

Palliatieve terminale zorg (PTZ)

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

Ja, te weten

Nee

Omschrijf hieronder het ziektebeeld van de verzekerde.

Ik stuur een print van het zorgplan mee (onderdeel Electronisch
Cliëntendossier EDC).

Omschrijf hieronder de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde.

Ik stuur een print van het zorgplan mee (onderdeel Electronisch
Cliëntendossier EDC).

Paraaf verpleegkundige

:



Omschrijf hieronder de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging.

Ik stuur een print van het zorgplan mee (onderdeel Electronisch Cliëntendossier EDC).

- Omschrijving handelingen.
- Geïndiceerde tijdsduur per handeling.
- Soort (pv/vp).
- Aantal keren per week.
- Totaal aantal uren/minuten per week.
- Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging.
- Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.
- Wat kan de verzekerde zelf nog leren in het kader van de zelfredzaamheid?
- Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst? Zo ja, welke en waarvoor? Zo nee, waarom niet?
- Wanneer er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan? Zo ja, wat en hoe? Zo nee, waarom niet?
- Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.). Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s). Zo nee, waarom niet?

Vul onderstaande tabel op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijk zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging* SMART** in.

Omschrijving handelingen	Soort		Minuten/uren per week
	VP	PV	
	VP	PV	
	VP	PV	
	VP	PV	
	VP	PV	
	VP	PV	

* In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

** Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

Omschrijf hieronder de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag.

Ik stuur een print van het zorgplan mee (onderdeel Electronisch Cliëntendossier EDC).

Paraaf verpleegkundige

:

Omschrijf het netwerk van de verzekerde. Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie: venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/meedoen/

Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?

Is er wel een netwerk aanwezig, maar kan dit geen ondersteuning bieden?
Geef een toelichting wat hiervan de reden is.

Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)? ²⁾

Ja, namelijk

Nee

²⁾ Indien de verzekerde een indicatie heeft voor Wlz (Wet Langdurige Zorg) is geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk.

Gebruikt de verzekerde nog zorg of hulpmiddelen uit de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)? Naast uw zorgvraag die onder wijkverpleging valt.

Nee Zo nee, waarom niet

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

Worden er op dit moment hulpmiddelen, zorgtechnologie of woningaanpassingen ingezet?

Nee. Zo nee, waarom niet?

Ja. Zo ja, welke en waarvoor?

Is er een ergotherapeut betrokken?

Ja. Zo ja, waarvoor?

(graag relevante uitkomsten toelichten in het zorgplan)

Nee. Zo nee, waarom niet?

Zijn er andere behandelaars betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)

Nee. Zo nee, waarom niet?

Ja. Zo ja, welke en waarvoor?

Paraaf verpleegkundige

:

4. Over de door de wijkverpleegkundige vastgestelde indicatie

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week, inclusief Zorg in Natura (ZIN)?

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten
Verpleging ³⁾ uren/minuten per week		
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		

³⁾ Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten verzorging en begeleiding, waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen (beleidsregel Nza BR/REG-20109).

Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:

Voor welke periode is deze zorg nodig? (zowel ingang als einddatum invullen).
Let op! De ingangsdatum van de indicatie is de datum waarop u de indicatie stelt.

	Datum ingang indicatie (dd/mm/jjjj)	Datum einde indicatie (tot en met) (maximaal 2 jaar) (dd/mm/jjjj)
Verpleging		
Persoonlijke Verzorging		

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?

Op welke datum is de zorgbehoefte besproken?

(dd/mm/jjjj)

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken?

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde.

Naam (wettelijke) vertegenwoordiger

Voorletters en achternaam

Huisarts

Voorletters en achternaam

Paraaf verpleegkundige

:

Erkende tolk

Voorletters en achternaam

Overige

5. In geval van PTZ (Palliatieve Terminale Zorg)

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Ik stuur de verklaring van de arts waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op PTZ*. De arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden.

Zijn er vrijwilligers en/of mantelzorg ingezet voor de nachtzorg?

Nee. Zo nee, waarom niet?

Ja

*Vergeet u niet dat op de verklaring van de arts ook de naam van de arts, het specialisme en het ziekenhuis met telefoonnummer vermeld staat.

6. Ondertekening door verpleegkundige

- Ik verklaar dat de afgegeven indicatie voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- Ik verklaar dat ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- Ik verklaar dat de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld of bij indicatie op afstand, de zorgbehoefte en de daarmee gepaard gaande zorginzet met de cliënt is afgestemd;
- Ik verklaar dat er geen "gebruikelijke" (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie.
- Ik verklaar dat bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk.

Datum

(dd/mm/jjjj)

Naam verpleegkundige

Voorletters en Achternaam

Handtekening verpleegkundige

Handtekening verzekerde
(uw handtekening)

Paraaf verpleegkundige

:

7. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

1. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
2. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.
3. Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld.
Dit is niet van toepassing als de verpleegkundige die de indicatie stelt een zorgverlener is en/of indien het diploma eerder is verstuurd naar FBTO.

Is het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig ingevuld en ondertekend en/of ontbreken er bijlagen? Dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw Zvw-pgb.

Paraaf verpleegkundige

:

Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb)

Let op!
Sla dit formulier eerst op
bij uw documenten op
uw computer. Vul daarna
het formulier in.



Aanvraagformulier

Heeft u vragen over het formulier?

Stuur een WhatsApp naar 06 82 88 05 08. Of bel (058) 234 53 33. We zijn er op werkdagen van 8.00 tot 17.30 uur.

Deel 2 verzekerde deel

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld¹⁾.

Kijkt u voor het invullen van dit formulier naar het Reglement Zvw-pgb 2023.

Dit reglement vindt u op fbto.nl/pgb.

Daar vindt u ook antwoorden op veelgestelde vragen over het Zvw-pgb.

¹⁾ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en Achternaam

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

Man

Vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en Woonplaats

Land

Telefoon privé

Mobiel

E-mailadres

Relatienummer

2. Een (wettelijk) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders (als deze het ouderlijk gezag heeft) of een voogd.

Een voogd is bijvoorbeeld een door de ouder of de rechter benoemde persoon die de voogdij uitoefent.

Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder die door de Rechtbank is vastgesteld.

Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, ik heb een wettelijke vertegenwoordiger.

[Vul gegevens hieronder in.](#)

Ja, ik heb een vertegenwoordiger.

[Vul gegevens hieronder in.](#)

Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger

Voorletters en Achternaam

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

Man

Vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en Woonplaats

Land

Telefoon privé

Mobiel

Relatie tot verzekerde

Gegevens van uw bewindvoerder (als dit een organisatie is)

Naam organisatie

KvK nummer organisatie

Postcode en Woonplaats

Contactpersoon

Telefoonnummer

3. Reden van de Zvw-pgb aanvraag

Ik vraag voor het eerst een Zvw-pgb aan.

Wat is de reden van uw aanvraag?

Ik vraag een pgb aan omdat mijn indicatie afloopt.

U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen.

Ik verander van zorgverlener(s). U vult het wijzigingsformulier in. [Klik hier](#).

U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-pgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen.

Wat is de ingangsdatum van de wijziging?*

(dd/mm/jjjj)

De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd.

U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen.

*Let op dat u bij afloop van uw oude toekenning op tijd een nieuwe aanvraagt.

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

Nee

Ja, van

5. Waarom wilt u een Zvw-pgb?

Hieronder geeft u een toelichting op de volgende 2 vragen:

- Waarom wilt u een Zvw-pgb voor verpleging en/of verzorging?
- Heeft u onderzocht of een gecontracteerde zorgverlener kan voorzien in uw volledige zorgbehoefte? Als dit niet mogelijk is, leg dan uit waarom dat niet kan.

6. Bij welke zorgverleners wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1 ^e of 2 ^e graad	AGB code*	Opleidingsniveau**
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		
			Ja Nee		

* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- uw zorgverlener een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener die niet BIG geregistreerd is als verpleegkundige.

Voor alle overige zorgverleners vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgverlener opvragen.

Beschikt uw zorgverlener er niet over, dan kan uw zorgverlener deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl.

** Formele zorgverlener is een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3.

7. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Hier vult u in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis. Het totaal aantal uren dat u inkoopt met een Persoonsgebonden Budget (PGB) en Zorg in Natura (ZIN) mag niet hoger zijn dan de verpleegkundige aangaf. Dit staat bij 'gemiddelde zorgbehoefte' op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	Aantal uren/minuten per week Zorg in Natura	PGB
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
				Ja Nee
Totaal uren/minuten				

Wilt u uw Zvw-pgb op een latere datum in laten gaan?

[Dit kan alleen bij een eerste aanvraag.](#)

Nee

Ja, namelijk op

(dd/mm/jjjj)

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgverleners afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij verzorging:

Bij verpleging:

8. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat FBTO contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts, mijn medisch specialist en/of het Centrum Indicatiestelling Zorg om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat bij een afwijzing van de aanvraag de indicerend verpleegkundige contact mag opnemen met FBTO om de medisch inhoudelijke reden(en) van de afwijzing te zien;
- dat wanneer er een toelichting op de aanvraag nodig is de indicerend wijkverpleegkundige medische informatie uitwisselt met FBTO;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (WLz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2023;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een keuze gesprek te voeren met FBTO indien FBTO daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor FBTO belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het PGB tijdig (binnen 4 weken) doorgeef aan FBTO.

Datum

(dd/mm/jjjj)

Voorletters en Achternaam
verzekerde of wettelijke
vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde of
wettelijke vertegenwoordiger*

Handtekening wettelijke
vertegenwoordiger**

* Als het van toepassing is.

** Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders de ouderlijke macht? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

9. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U stuurt de complete set voor uw aanvraag naar FBTO toe. Deze set bestaat uit:

- Verpleegkundig deel (deel 1)
 1. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg, PTZ (indien van toepassing).
 2. Het zorgplan (met anamnese uit Electronisch Cliëntendossier).
 3. Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld. Dit is niet van toepassing als de verpleegkundige die de indicatie stelt een gecontracteerde zorgverlener is en/of indien het diploma eerder is verstuurd naar FBTO.
 4. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.

- Verzekerde deel (deel 2)

Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders de ouderlijke macht? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen. Ook in andere gevallen waar sprake is van 2 wettelijke vertegenwoordigers, bent u verplicht om allebei het aanvraagformulier te laten ondertekenen. Anders nemen wij de aanvraag niet in behandeling.

Een beschikking is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar.

**Is het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig ingevuld en ondertekend en/of ontbreken er bijlagen?
Dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**

10. Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Sla het ingevulde formulier op bij uw documenten op uw computer.

- Stuur dit formulier bij voorkeur ondertekend toe via MijnFBTO.
- Of stuur het geprinte én ondertekende formulier per post naar:
FBTO Zorg
Postbus 318
8901 BC Leeuwarden

Uw gegevens in vertrouwde handen

Sluit u een verzekering of financiële dienst af? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres, telefoonnummer en bankrekeningnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig.

Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op fbto.nl. Deze vindt u onderaan op onze website onder de link 'Privacy'. Hier leest u wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens.



11. Heeft u nog vragen?

Stuur een WhatsApp naar 06 82 88 05 08.
We zijn er op werkdagen van 8.00 tot 17.30 uur.

Of kijk op fbto.nl.