

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen onderaan dit formulier. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Voor een vergoeding uit de basisverzekering heeft u onze toestemming nodig. Heeft u toestemming gekregen voor deze overnachtingskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

Heeft u nog vragen? Stuur een WhatsApp naar 06 82 88 05 08. Of bel (058) 234 53 33. We zijn er op werkdagen van 08.00 tot 17.30 uur. Of kijk op fbto.nl.

Nee. Vraag eerst toestemming aan via onze vervoerslijn op (071) 365 41 54 (op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patiënt)

| | | | | | |
|----------------|----------------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Voorletter(s) | <input type="text"/> | Tussenvoegsel | <input type="text"/> | Achternaam | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| Postcode | <input type="text"/> | Huisnummer | <input type="text"/> | Woonplaats | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> | Relatienummer | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3 Poliklinische behandeldagen

| Naam en plaats instelling | Begindatum | Einddatum |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4 Uw overnachtingen

| Naam en plaats overnachting | Begindatum | Einddatum | Aantal | Totaalbedrag |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Let op! Stuur de rekening van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

5 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik geef FBTO toestemming om informatie op te vragen die voor de beoordeling van vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze medische informatie direct aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat FBTO rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum ondertekening

Stuur dit formulier toe via de FBTO Zorgapp of via [MijnFBTO](#).

Liever via post indienen? **FBTO Zorg**
Stuur dit declaratieformulier **Postbus 318**
in een envelop naar: **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. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur een e-mail naar info@fbto.nl of bel (058) 234 56 78.