

Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener terug.

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters.

Sla het daarna op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten.

## 1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor deze reiskosten?

- Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. U declareert alleen kosten van een niet-gecontracteerde taxivervoerder.
- Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan. Bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

## 2 Uw gegevens (als patiënt)

Naam													
Postcode								Huisnummer					
Woonplaats							Telefoon						
Relatienummer							Geboortedatum			-			
E-mailadres													

## 3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Onvolledige formulieren en ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet.

Voor welk jaar declareert u?

Vertrekadres  Aankomstadres

Postcode + huisnr.  Postcode + huisnr.

- Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?
- Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie
- Ik heb een visuele beperking
- Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)
- Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule
- Anders, ik heb een machtiging vanuit de aanvullende verzekering.
- Ik reis voor nierdialyse
- Ik reis als donor (gever)
- Ik ben rolstoelafhankelijk

## 3b Geef de gereden rit(ten) aan die u nu wilt declareren. Dit geldt niet voor toekomstige ritten.

Datum eerste gemaakte rit:  -  -  Datum laatste gemaakte rit:  -  -

**Let op!** Heen- en terugrit is aantal 1. Enkele rit is aantal 0,5.

Totaal heen- en terugritten per maand	Januari	<input type="text"/>	April	<input type="text"/>	Juli	<input type="text"/>	Oktober	<input type="text"/>
	Februari	<input type="text"/>	Mei	<input type="text"/>	Augustus	<input type="text"/>	November	<input type="text"/>
	Maart	<input type="text"/>	Juni	<input type="text"/>	September	<input type="text"/>	December	<input type="text"/>
Totaal aantal ritten	<input type="text"/>							
Totaalbedrag (incl.BTW)	€	<input type="text"/>						

We berekenen de snelste route van de postcode van uw vertrekadres naar uw bestemming. We gebruiken hiervoor [routeplanner.nl](#).

Voor meer informatie verwijzen wij u naar onze website.

## 4 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische)informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningdatum  -  -  Handtekening

## 5 Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Sla het ingevulde formulier op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten.

Liever per post indienen? FBTO Zorg, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.