

Vul het formulier helemaal in. Sla het daarna op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten. Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener terug.

## 1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor alle reiskosten?  Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.  Nee. Vraag eerst toestemming aan. Bel met onze vervoerslijn op (071) 365 41 54 op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur.

## 2 Uw gegevens (als patiënt)

Naam   
Postcode  Huisnummer   
Woonplaats  Telefoon   
Relatienummer  Geboortedatum  -  -   
E-mailadres

## 3a U vertelt hoe u reisde

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- of chemotherapie  Ik reis voor nierdialyse  
 Ik heb een visuele beperking  Ik ben rolstoelafhankelijk  
 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.

## 3b U geeft 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   
Werd u begeleid naar uw bestemming?  Ja  Nee Zo ja, heeft u hiervoor toestemming?  Ja  Nee

## 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 ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar, ter inzage 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.