



FORMULIER VERZOEK VERGOEDING TE MAKEN BEHANDELINGSKOSTEN

Couance aanvraag in het kader van de wet AWBZ artikel 10 lid 1 en 2

VERTROUWELIJK

1 Aan (zorgverzekeraar / uitkeringsinstantie)

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

2 Van (verzekerde / uitkeringsgerechtigde)

Naam:

Postcode:

Adres:

Plaats:

Telefoon:

Polis / Inschrijfnummer:

(Post)banknummer:

Bank:

Te:

3 Aanvraag vergoeding voor behandeling
door therapeutlid Nederlands Gilde voor Health Counselling en Psychotherapie:

NGVH lid. no.





4 Datum intakegesprek

5 Reeds (voorafgaande aan deze datum) gebruikte en/of ondergane (en door verzekeraar vergoede) medicijnen/ behandelingen/ onderzoeken:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 Indien van toepassing: aantal door de uitkeringsinstantie reeds vergoede aantal ziekte-dagen:

.....
.....
.....
.....

7 Voornaamste hulpvraag m.b.t. de intake:

.....
.....
.....
.....

8 Overige klachten m.b.t. de totale gezondheid (mentaal, emotioneel, fysiek):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



9 Te verwachten aantal consulten, over welke periode:

.....

10 Consultprijs per sessie van: minuten

11 Totaal bedrag geschatte therapiekosten:

.....

* Gezien artikel 10 lid 1 en 2 van de Wet AWBZ:

De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich voor het ontvangen van de desbetreffende zorg tot een persoon of instelling naar eigen keuze, met wie of met welke het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of uitvoerend orgaan waarbij hij is ingeschreven, tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

Een ziekenfonds, een ziektekostenverzekeraar of een uitvoerend orgaan kan aan een verzekerde toestemming verlenen om zich te wenden tot een andere persoon of instelling in Nederland, indien zulks voor de verkrijging van de zorg voor de verzekerde nodig is;

* gezien het tot nu toe geringe/geen resultaat van de voornaamste klachten van cliënt tijdens/na de behandelingen tot nu toe;

* gezien de verwachte mogelijkheden van vooruitgang door de thans aangevraagde behandeling in de algehele gezondheidstoestand van de cliënt, waardoor deze naar alle waarschijnlijkheid, in de toekomst minder frequent of voor een kortere periode een beroep zal doen op u als verzekeraar/uitkeringsinstantie;

* gezien het feit - bovenstaande punten in ogenschouw nemende - dat genoemde psychotherapeutische behandeling naar verwachting wél zal beantwoorden aan de doelstellingen van de verzekerde/ uitkeringsgerechtigde, zowel als aan die van de verzekeraar/uitkeringsinstantie;

* gezien deze feiten, lijkt het ons redelijk dat u als verzekeraar/ uitkeringsinstantie over zal gaan tot vergoeding aan verzekerde, uitkeringsgerechtigde van (een deel) van de te maken kosten.

.....
(plaats)

.....
(datum)

.....
(handtekening aanvrager)

.....
(handtekening NGVH therapeut)

Aanvrager en behandelaar zijn op verzoek bereid tot het verstrekken van nadere inlichtingen omtrent bovenstaande.

U wordt verzocht dit formulier en de vermelde - of anderszins verkregen gegevens van behandelde, strikt vertrouwelijk te behandelen.

Het NGVH is lid van de Europese Associatie voor Psychotherapie (EAP) te Wenen. Deze Europese Psychotherapie Organisatie erkent veel meer modaliteiten van psychotherapie dan benoemd in de Nederlandse Wet-BIG. De EAP is de initiator voor de afstemming van de psychotherapie opleidingen in Europa.

Voor algemene inlichtingen, voor adreslijsten van NGVH-therapeuten én voor het sluiten van vergoedingsovereenkomsten, kunt u contact opnemen met het secretariaat van het Nederlands Gilde voor Health Counselling en Psychotherapie (tel. 072 506 9824, e-mail secretariaat@ngvh.nl).



Nadere toelichting omtrent voorkeur voor juist deze vorm van psychotherapie: