

## FAQ Praktijkvoering deel 2: Diagnosecodegebruik en declareren

In onderstaand document vind je de uitwerking van de vragen die gesteld zijn tijdens de informatieavond over Praktijkvoering, met als onderwerp Diagnosecodegebruik en declareren. Dit document biedt samen met kennisclip 2 zo veel mogelijk informatie. Voor overige informatie verwijzen we je naar onze [website](#)

### Inhoud

Welke codering gebruiken? Chronisch/ niet-chronisch.....	2
Multiple versus complex .....	3
Verwijzingen .....	4
Contracten/zorgverzekeraars (met name VGZ/CZ) /BI .....	5
Kinderbekken .....	6
1000/versus 1100 .....	6
Behandelcode 1105/1103 en de daaraan gestelde eisen, codes op 1 dag .....	6
Overig .....	9

## Welke codering gebruiken? Chronisch/ niet-chronisch

- **Welke diagnosecode gebruik je bij long-COVID bij kinderen?**  
De diagnosecode voor long-COVID is 9363, gecombineerd met CSI-code 020 (eerste 6 maanden, maximaal 50x) en CSI-code 021 (tweede 6 maanden, maximaal 50x) en er moet een verwijzing van een arts zijn. Bij de meeste zorgverzekeraars kun je de kinderfysiotherapeutische prestatiecode declareren, met uitzondering van CZ en A.S.R. Hier kan alleen de algemene prestatiecode (1000) gedeclareerd worden.
- **Hebben jullie als NVFK lijst welke eisen welke zorgverzekeraar stelt aan chronische code?**  
Nee, de bepaling of er al dan niet sprake is van een chronische code wordt bepaald door ZN, dit is vastgelegd in het Besluit Zorgverzekeringen bijlage 1 (voorheen lijst Borst). Hierin worden alle aandoeningen weergegeven die recht geven op een chronische code. Zorgverzekeraars stellen soms wel extra eisen aan wie er de verwijzing kan en mag afgeven. Bij ander zorgverzekeraars geldt dat er een bewijs van diagnose moet zijn afgegeven. Bij VGZ en Caresq moet voor de behandeling van een chronische indicatie vooraf toestemming gevraagd worden.  
Voorheen werd deze informatie opgenomen in de factsheet over de zorgverzekeraars. Door onvoldoende toegang tot informatie wordt deze factsheet niet meer gemaakt. In 2022 wordt door de commissie bekeken of hiervoor een alternatief gevonden kan worden.
- **Is het nog steeds zo dat wanneer je 9379 niet chronisch hebt gedeclareerd je dat niet in hetzelfde jaar wel chronisch kunt declareren (bijv. als diagnosetraject nog loopt)**  
Nee, zodra er een diagnose bekend is die op de lijst chronische code staat, is het vanaf dat moment mogelijk en zelfs verplicht deze als chronische code te declareren.
- **Mag 9379 ook door niet kft gedeclareerd worden:**  
Ja
- **Wanneer een baby verwezen wordt is het nog niet altijd duidelijk welk syndroom het betreft. Is wijzigen dan mogelijk?**  
Ja
- **9179 wordt door veel verzekeraars afgewezen.**  
Dit is niet terecht, graag doorgeven bij welke verzekeraars dan kunnen we er actie op ondernemen.  
Geef hierbij aub ook aan of 9179 op chronische, of niet chronische basis werd gedeclareerd en afgewezen.
- **Hoe om te gaan met een kind met een chronische indicatie, maar die ook een niet-chronische aandoening krijgt? Ga je dan verder op 001 of start je een traject op 004.**  
Ja, je start dan een nieuw traject op 004 met de desbetreffende diagnosecode voor de aandoening waarmee het kind dan komt. Je maakt daarvoor tevens een nieuw dossier aan. Je kunt tegelijkertijd of daarna het kind voor de chronische aandoening verder behandelen indien geïndiceerd.
- **Eerder gedeclareerde door andere praktijk niet meer te veranderen in niet-chronisch.**  
Nee dat klopt bij veel zorgverzekeraars. Indien er sprake is van een chronische aandoening, gaat deze chronische aandoening per definitie niet over. Dus declaratie op 001 is dan alleen mogelijk. (Dit is 1 van de redenen waarom je zorgvuldig met het gebruik van een chronische code om moet gaan).
  - **Moet je dan steeds nieuwe verwijzing hebben?**  
Dit is afhankelijk van de zorgverzekeraar. Bij VGZ wel als de machtiging is afgelopen. Als je de machtiging voortzet moet je het machtigingsnummer opvragen bij de vorige behandelaar, zodat je op hetzelfde machtigingsnummer door kunt gaan.

Bij andere zorgverzekeraars volstaat een kopie van de originele verwijzing. Deze zou je dan bij de andere praktijk kunnen opvragen of de specialist kan een nieuwe verwijzing afgeven. De huisarts kan dit ook indien er een bewijs van diagnose voorligt.

- **Bij fractuur bij een kind die eerder is behandeld voor chronische indicatie bijv. door prematuriteit met multiple problemen, deze is dan ook chronisch. Heeft toch niets met die chronische indicatie te maken?**

Fracturen conservatief behandeld vallen ook onder chronische lijst, zie Bijlage 1, behorende bij artikel 2.6 tweede lid van het besluit zorgverzekering. (Bij fracturen conservatief behandeld is de behandelduur maximaal zes maanden). Hierbij wordt wel een andere diagnosecode gebruikt.

Stel dat er sprake is van een enkeldistorsie bij een kind met een chronische indicatie, dan klopt het dat het niets met chronische indicatie te maken heeft en er dus op niet chronisch gedeclareerd moet worden. De diagnosecode voor de nieuwe aandoening bepaalt of er sprake is van een chronische indicatie. Dus in het geval van een enkeldistorsie is er geen sprake van een chronische indicatie. Bij een niet chronische diagnosecode declareer je dus niet chronisch

- **Geen vervolgv verwijzing, maar wel een jaarlijks verslag bij chronisch dacht ik?**

Het verdient een duidelijke aanbeveling om periodiek een verslag te maken van het behandelresultaat. Er zijn geen eisen beschreven in de richtlijn verslaglegging ten aanzien van een jaarlijks verslag, wel aanbevelingen. Hiervoor verwijzen we graag naar de [richtlijn dossiervoering](#) van de NVFK en de KNGF [richtlijn verslaglegging](#). In artikel 1,4 wordt verder ingegaan op de evaluatie. **Let op:** vanuit overeenkomsten met zorgverzekeraars kunnen andere eisen gelden.

- **De diagnose moet op een brief staan? En dan mag de huisarts wel verwijzen (voor chronische indicatie)**

Ja

- **Moet je dan een verklaring van die initiële diagnose meesturen?**

Nee, je hoeft deze alleen maar te kunnen overleggen bij een controle, dus koppelen aan dossier is voldoende. VGZ heeft andere eisen (machtigingsbeleid); zie eerdere antwoorden.

- **Kind met een chronische aandoening die op controle-basis wordt gezien dus declareren als NIET chronisch?**

Nee, deze aanname klopt niet. De aandoening is bepalend voor chronisch of niet-chronisch. Dus op chronische code declareren. Het aantal behandeling bepaalt niet welke indicatie er is.

- **Ik vroeg me af hoe het zit met het declareren van kinderen met overgewicht? Steeds vaker krijg ik verwijzingen met de vraag behandelen bij overgewicht. Wat is het advies vanuit de NVFK?**

**Is obesitas wel een kft behandelindicatie? Hoe dan te coderen om dit vergoed te krijgen?**

Behandeling bij overgewicht/obesitas dient altijd multidisciplinair opgepakt te worden ivm de complexiteit van de problematiek. Bij voorkeur is samenwerking in een GLI met andere disciplines. Hiervoor zijn bepaalde GLI's die erkend zijn en vergoed worden.

Wanneer er een (motorische) hulpvraag bij komt kijken is het wel een indicatie voor kinderfysiotherapie. Er wordt gewerkt aan een GLI voor kinderen.

## Multiple versus complex

- **Kinderen met motorische ontwikkelingsproblematiek, is dit complex of multiple?**

Bij een motorische ontwikkelingsachterstand, in relatie tot een chronische of niet-chronische indicatie zijn verschillende situaties. Op het moment dat er sprake is van een aangetoonde multiple en/of complexe oorzaak voor de motorische ontwikkelingsachterstand, kun je spreken van een chronische indicatie. Bij multiple kun je

denken aan ontwikkelingsproblematiek op meerdere gebieden als gevolg van een syndroom of aangeboren aandoening. Bij een complexe oorzaak kun je denken aan een motorische ontwikkelingsstoornis zoals DCD.

Met multiple en complex wordt vooral de aard van de problematiek bedoeld, die vaak ook leidt tot een (ernstige) motorische ontwikkelingsachterstand.

Is er geen sprake van een (bekende) onderliggende oorzaak van de motorische ontwikkelingsachterstand, dan is er géén sprake van een chronische indicatie.

- **In hoeverre kan een zorgverzekeraar nagaan of de problematiek complex genoeg is voor chronisch? Een verzekeraar mag toch nooit inzicht verkrijgen in de problematiek van een kind, dit is privacy.**

Dat klopt, maar er moet wel een verwijzing of bewijs van diagnose zijn. Dit kan alleen gesteld worden door een specialist. Complexiteit van de aandoening is geen indicatie voor chronisch/ niet-chronisch. Aard van de aandoening is dat wel, deze moet op de lijst Besluit 1 zorgverzekeringen staan (oude lijst Borst).

Bij 9379 is er sprake van een grote vergaarbak. Hierbij kan zowel chronisch als niet-chronisch gedeclareerd worden. Het was vanuit de NZA-beleidsregel eerst de regel dat bij verwijzing van specialist of bij een gediagnosticeerde motorische ontwikkelingsachterstand (syndroom, DCD, etc. etc.) er sprake was van een chronische aandoening. Deze beleidsregel is geschrapt en dat maakt het onduidelijk voor zowel de zorgverzekeraars als voor ons als zorgaanbieders. O.a. wordt er nu gehanteerd dat er sprake moet zijn van een verwijzing van de specialist of bewijs van diagnose van een specialist (waarna de huisarts kan verwijzen).

- **Is een gedragsdiagnose zoals ASS of ADHD met motorische achterstand ook een complexe hulpvraag?**

Dit is een goede vraag. ASS en ADHD zorgen niet per definitie voor een motorische achterstand, maar op het moment dat een medisch specialist stelt dat er een algehele en/of motorische ontwikkelingsachterstand is tgv van ASS of ADHD, dan kan een chronische indicatie gesteld worden. ASS en ADHD zijn geen diagnoses binnen de ICD (international classification of diseases), maar vallen onder de DSM-V (classificatie van psychische stoornissen). Dit maakt het stellen van de indicatie wat ingewikkelder.

## Verwijzingen

- **Nieuwe verwijzing nodig bij chronische code?**
- **Is een verwijsbrief voor een chronische indicatie dus onbeperkt geldig?**
- **Is een verwijsbrief van de specialist dan onbeperkt geldig? Voorzien van juiste stempel, naam etc.**

Het is niet meer nodig om jaarlijks een nieuwe verwijzing aan te vragen bij een chronische code. Let hierbij wel op of het een tijdelijke chronische code betreft (bijv. na chirurgische ingreep bijv.) of een blijvende chronische code, zoals bij CP. In geval van een blijvende chronische code is de verwijsbrief onbeperkt geldig.

Uitzondering hierop is de machtiging die verloopt na 3 jaar bij VGZ, dan is er wel een vervolgv verwijzing nodig indien behandeling nog is geïndiceerd

- **De diagnose moet op een brief staan? En dan mag de huisarts wel verwijzen (voor chronische indicatie)**

Ja

- **Moet je dan een verklaring van die initiële diagnose meesturen?**

Nee, je hoeft deze alleen maar te kunnen overleggen bij een controle, dus koppelen aan dossier is voldoende.

- **Bij de verwijzing van het CB staat: ik zou het op prijs stellen een terugrapportage te ontvangen. Mag dit verslag dan gedeclareerd worden?**

Ja, er moet sprake zijn van een gericht schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig rapport. Als dit in de verwijzing staat, voldoe je aan de beleidsregels van de NZa.

- **Wanneer er een verwijzing nodig is voor aan huis behandeling, telt dan een verwijzing van de jeugdarts/CB-arts ook?**

Ja

## Contracten/zorgverzekeraars (met name VGZ/CZ) /BI

- **Waarom ligt diagnosecodes bij verzekeraars?**  
Er is in het kader van de administratieve lastenverlichting een werkgroep uniformering diagnosecodes opgericht van diverse beroepsgroepen en verzekeraars. Hierin is afgesproken dat er een uniforme lijst zou worden opgesteld en gehanteerd. In de praktijk werkt dit (nog) niet altijd zo. Per specialisatie maken verzekeraars onderscheid in welke codes gebruikt mogen worden en daar hebben ze ook het recht toe. Behalve bij de lijst met chronische aandoeningen, want deze is voor iedere verzekerde gelijk, dit betreft namelijk de aanspraak vanuit de basisverzekering. De aanspraak vanuit de aanvullende verzekering mag de zorgverzekeraar vrij invullen.
- **Alle reacties mbt VGZ: zie nieuwsbrief NVFK**
- **Waarom mag de NVFK de contracten niet meer inzien?**  
Een aantal jaren geleden kregen we de contracten al aan het begin van de zomer om in te kijken en evt. aan te geven of er knelpunten waren. Dit proces vindt nu steeds minder plaats. Er is een grotere diversiteit aan contracten (differentiatie) en verschillende manieren van communicatie van verzekeraar met zorgaanbieders (denk hierbij aan aanbiedingsbrieven/ mails/ websites/ surveyformulieren etc.) waardoor we niet meer alle informatie kunnen inzien of kunnen garanderen dat we alle informatie hebben.  
Uit het inkoopbeleid, wat wel inzichtelijk is voor de NVFK, kunnen niet alle definitieve eisen worden opgemaakt.
- **En als jullie de contracten niet meer kunnen inzien, hoe kunnen wij dan weten wat de regels zijn?**  
Normaliter ontvangt de praktijkhouder alle informatie van de zorgverzekeraar betreffende zijn/haar specifieke contract. De praktijkhouder is verplicht zijn werknemers op de hoogte te stellen van de specifieke voorwaarden per zorgverzekeraar/per contract.
- **Moet je de verwijzing in huis hebben of moet deze opgestuurd worden naar VGZ en dan toestemming afwachten.**  
Officieel is de procedure zo dat je de machtiging moet aanvragen en dan pas kunt starten met de behandeling (op chronische code). In de praktijk start je meestal de behandeling al wel en start je de machtigingsprocedure tegelijkertijd. De digitale machtigingsaanvraag is makkelijk om in te vullen en te starten. Zie [website VGZ](#) voor zorgverleners.
- **Ik krijg nu ook goedkeuringen van VGZ met alleen een verwijzing van de huisarts (zonder dat er een diagnose van een specialist is) dat mag dus niet meer?**  
De wijzigingen in het machtigingenbeleid zijn nog niet definitief. Deze zullen via de nieuwsbrief worden gecommuniceerd.
- **Het is toch 2x 9 behandelingen per indicatie of sinds dit jaar niet meer?**  
Er is nog steeds onduidelijkheid over 18 behandelingen per jaar of per jaar per indicatie. Op een aantal websites van zorgverzekeraars wordt aangegeven dat het per aandoening per jaar is. Bij de Rijksoverheid wordt alleen gesproken over 18 behandelingen per jaar. De commissie zal hier nog verder onderzoek naar doen. Tot daar meer duidelijkheid over is, raadpleeg dan de website van de betreffende zorgverzekeraar.
- **Wij zitten ivm veel complexe problematiek hoog in de BI. Wat kun je hier mee doe, behalve zo goed mogelijk differentiëren in diagnosecodes?**  
Het is inderdaad belangrijk om goed te differentiëren in het gebruik van diagnosecodes en van belang is dat je chronisch kind op chronisch kind declareert en niet chronisch op niet

chronisch. Hoe zuiverder dit door de beroepsgroep wordt gedaan, hoe reëler de behandelindex zal worden.

- **Hoe zit het met de behandelingen die vergoed worden uit de aanvullende verzekering. Moeten ouders en kinderen de behandelingen die ze verzekerd hebben dan delen?**

Nee, dit is per verzekerde.

Let op, op de informatieavond kwam naar voren dat er nu een nieuwe polis in omloop is waarbij ouders wel aanvullend verzekerd zijn, maar de kinderen niet. Als het goed is geeft zorgvergoeding dit aan in je EPD.

## Kinderbekken

- **CZ; kinderbekken fysiotherapie: antwoord formuleren ten aanzien van stand van zaken kinderbekken ft bij CZ**

Kinderfysiotherapeuten die bij SOMT of NPi een certificaat hebben gehaald voor de opleiding Kinderbekkenfysiotherapie dat voldoet aan het "Addendum bij de Beroepsprofielen Bekkenfysiotherapeut en Kinderfysiotherapeut: Gespecialiseerde fysiotherapie bij kinderen met problemen in de zindelijkheid" van de NVFB en NVFK kunnen een kopie van dit certificaat samen met praktijk AGB-code, praktijknaam en plaats opsturen naar [inkoopparamedischezorg@cz.nl](mailto:inkoopparamedischezorg@cz.nl)

Bij goedkeuring is het dan mogelijk om specifieke diagnosecodes voor zindelijkheidsproblemen te declareren.

Wil je weten of je certificaat voldoet aan het addendum? [Hier](#) kun je meer lezen.

- **9379 wordt wel vervuld als daar ook de incontinentieproblematiek onder valt. Zo kunnen we geen inzicht krijgen hoe vaak deze problematiek voorkomt.**

Het klopt dat bij het gebruik van diagnosecode 9379 voor andere indicaties dan motorische ontwikkelingsproblemen, dit de zuiverheid van de diagnosecode groep niet ten goede komt. Specifiek voor de zindelijkheidsproblemen zal de commissie dit opnemen in de agenda. Op dit moment kan bij veel andere verzekeraars de incontinentiecode 6487 niet gedeclareerd worden door kinderfysiotherapeuten.

## Prestatiecode 1000 versus 1100

- **Dus ook als je kinderfysio bent en je behandelt kind van 14 met een enkeldistorsie, dan moet je een 1000 declareren?.**

Dat is afhankelijk van de gehele casus. Is er sprake van een eenvoudige enkeldistorsie, die ook door een andere (niet-kinder) fysiotherapeut behandeld had kunnen worden, dan zou er gekozen kunnen worden voor een prestatiecode 1000.

Het gaat hierbij niet om de leeftijd van het kind (in de presentatie was dit een voorbeeld), maar of ook sprake is van problemen in de groei en ontwikkeling. Zo ja, dan is het specifiek kinderfysiotherapie en kun je code 1100 declareren. De inschatting wanneer iets complexer is en bij welke leeftijd kinderfysiotherapie nodig is, ligt dan bij inschatting en expertise van de kinderfysiotherapeut.

## Behandelcode 1105/1103 en de daaraan gestelde eisen, codes op 1 dag

- **Mag je nog steeds alleen verslag declareren als de verwijzer er om vraagt?**

Ja, er moet een vraag van de verwijzer zijn. Zie hieronder de beleidsregel van de NZA (= Nederlandse Zorg Autoriteit).

*Ad w) Eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport*

*Het eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport is een eenmalig samengestelde uitgebreide rapportage door de zorgverlener aan de verwijzer die een uitwerking bevat van de door de zorgverlener uitgevoerde testen en onderzoeken met de hieraan gekoppelde conclusies en aanbevelingen. Deze prestatie kan alleen in rekening worden gebracht indien wordt voldaan aan alle onderstaande voorwaarden:*

- *het kind is geïndiceerd voor kinderfysiotherapie;*
- *er moet sprake zijn van een gericht schriftelijke vraag van de verwijzer voor een eenmalig rapport.*
- **Een verslag 1x per behandelreeks, wat houdt dat in?**  
1x per behandelreeks betekent 1x per episode. Je mag eenmalig tijdens een behandelperiode een verslag declareren bij schriftelijk verzoek van de verwijzer. Eerder werd uitgegaan van 1x per jaar, maar dit blijkt niet correct. De verdere details worden nog uitgezocht, omdat hier schriftelijk weinig over te vinden is.
- **1105 mag je dan niet declareren bij DTF? Ik dacht namelijk altijd declareerbaar?**  
Nee, alleen op schriftelijk verzoek van de verwijzer, zie eisen eenmalig kinderfysiotherapeutisch rapport.
- **Instructie aan ouders doe je vaak; mag je meerdere keren declareren?**  
Ja, instructie als je dat zonder kind doet kun je dat zo declareren. Instructie aan het eind of tijdens de behandeling zijn bij het tarief van 1100 inbegrepen en horen bij de behandeling. Zie hieronder de beleidsregel.  
*Ad s) Instructie/overleg/verzorgers van de patiënt*  
*Indien het voor de behandeling kinderfysiotherapie noodzakelijk is, kan de zorgverlener, in overleg met de ouders/verzorgers, hen ondersteunen bij de verzorging van het kind. Daartoe wordt informatie overgedragen en/of instructie gegeven gericht op het optimaliseren van de gezondheidstoestand en eventueel de behandeling.*
- **Hoe vaak mag 1103 gedeclareerd worden? Dit doe je toch bij iedere behandeling?**  
Instructie van de ouders na/ tijdens of aan het eind van de behandeling maakt onderdeel uit van de behandeling. In sommige gevallen instrueer je ouders expliciet zonder aanwezigheid van het kind, of bespreek je de testresultaten of vorderingen van het kind eventueel ook zonder aanwezigheid van het kind en dan gebruik je code 1103.  
*Je mag 1103 meerdere keren declareren. Let er wel op dat declaratie van zowel 1105 als 1103 afgaan van het aantal zittingen dat je hebt.*
- **Bij gescheiden ouders 2x overleg/instructie ouders, mag bij beide dan wel 1103?**  
Ja, gaat wel af van het aantal zittingen!
- **Waarop declareer je instructie aan leerkrachten?**  
Die kun je niet declareren, deze maken onderdeel uit van de behandeling.
- **DTF aangemeld kind ivm prikkelverwerkingsproblematiek, daarbij uitgebreide screening en tevens klasobservatie. Verslag mag dus niet gedeclareerd worden omdat er geen verzoek is van huisarts?**  
Dat klopt, mag niet.
- **Als via DTF aangemeld, de motorische ontwikkeling afwijkend blijkt en we verdenking hebben op pathologie en terugverwijzen voor aanvullend onderzoek met een uitgebreid verslag, mag dat verslag dus niet worden gedeclareerd op 1105.**  
Nee, dat mag inderdaad niet.
- **Welke codes mogen op dezelfde dag gedeclareerd worden? Mag 1105 en 1103 ook op dezelfde dag als een 1870/1864 of 1100?**
  - 1864 icm 1100
  - 1865 icm 1100 of 1864 icm 1101 (let op, dit is niet bij iedere ZV toegestaan!)
  - 1870 met 1100 of 1101

- 1871 met 1100
- 1100 met 1103
- 1100 met 1105

Voorwaarde hiervoor is wel dat je ook daadwerkelijk een behandeling uitvoert op die dag en dit moet uit de verslaglegging (in het EPD vastleggen) blijken.

- **Mag je aan huis via DTF behandelen?**

Vanuit de NZa is geldt de verwijzing als voorwaarde voor behandeling aan huis niet meer. Zorgverzekeraars hanteren echter eigen aanvullende eisen. De commissie heeft hier geen recente informatie over. Wat bij ons als laatste bekend was, is het volgende:

- Aan huis zonder verwijzing: DSW, Menzis, Zilveren Kruis, ONVZ, De Friesland, ENO, ZenZ
- Aan huis met verwijzing: alle andere zorgverzekeraars VGZ, CZ, Caresq

Check dus in de contracten van de zorgverzekeraars of deze informatie nog klopt.

- **Telt een 1105 ook als 1 behandeling?**

Ja

- **Mag een multidisciplinair overleg met een groepsleerkracht, IB-ers, onderwijsondersteuningsteam etc. gedeclareerd worden op 1100?**

Nee. Hiervoor kun je afspraken maken met school. Scholen hebben een budget voor dit soort overleggen. Ergotherapeuten en logopedisten sturen hiervoor ook een factuur naar school.

- **En als scholen om een verslag vragen?**

Verslag voor derden wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering. NB > ouders moeten toestemming geven dat verslag naar school wordt gestuurd.

- **Mag je een apart bedrag vragen aan ouders voor bv een observatie op school? Het kost vaak veel meer tijd dan een behandeling vergoed?**

Het is niet toegestaan om aanvullende kosten te rekenen bij de patiënt bij gecontracteerde zorg.

- **De huisarts wil van ons een standaardverslag, zeker als een kind via DTF komt omdat ze graag uitgebreid geïnformeerd worden.**

In de richtlijn verslaglegging staat beschreven wat er gerapporteerd moet worden voor een DTF-verslag. Dit is een kort standaard verslag, dit mag je niet declareren. Een uitgebreide rapportage is hierbij niet verplicht en daar moet de patiënt ook expliciet toestemming voor geven, omdat er hierbij sprake is van een derde die je informeert.

In de richtlijn verslaglegging van het KNGF staat het volgende vermeld:

*Vanuit 'NHG-KNGF Informatiestandaard gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en Fysiotherapeut' zijn afspraken gemaakt over wederzijdse rapportage tussen huisarts en fysiotherapeut. Indien de patiënt hiervoor toestemming geeft, wordt een (kort) eindverslag naar de verwijzer gestuurd. Het eindverslag wordt toegevoegd aan het dossier van de patiënt.*

*Wanneer de patiënt via DTF bij de fysiotherapeut is gekomen en indien de patiënt hiervoor toestemming geeft, wordt het eindverslag aan de huisarts verstuurd.*

*De fysiotherapeut doet bij een langdurige behandeling minimaal één keer per jaar verslag aan de huisarts of andere verwijzer.*

*Wanneer de patiënt via DTF bij de fysiotherapeut is gekomen en indien de patiënt hiervoor toestemming geeft, wordt het eindverslag aan de huisarts verstuurd.*

*De fysiotherapeut doet bij een langdurige behandeling minimaal één keer per jaar verslag aan*

- **Als je 1864/1870 op 1 dag declareert met 1100, hoe lang ben je dan aan het behandelen?**

De vastgelegde tijdsduur van een behandeling is losgelaten. Bij het declareren van een zogenaamde "dubbele" zitting moet je wel kunnen aantonen dat je langer bezig bent



geweest dan je normaal gesproken bezig bent met een reguliere zitting, oftewel de tijd die je normaal gepland hebt staan voor enkel 1864/1870 samen met de geplande tijd voor 1100. En binnen het dossier moet vastgelegd zijn welke behandeling je hebt uitgevoerd.

- **Maar mag je wel extra factureren bij ouders, als ze willen dat je aanwezig bent bij overleggen?**  
Ja, als het verzoek vanuit ouders komt, kun je dit in rekening brengen bij ouders.
- **Geldt dat potje van scholen ook voor verslagen?**  
Ja, ga hierover in gesprek met school.

### Overig

- **Zou het wat zijn om een soort drive te maken waar leden zelf in kunnen vullen welke zorgverzekering wat vergoed en wat de regels zijn? Een soort wikipedia zorg??**  
Vanwege de fact-checking is dit lastig. Naar aanleiding van de informatieavonden is de commissie bezig met een nieuw plan om te komen tot een overzicht van eisen van zorgverzekeraars voor leden. Houdt hiervoor de nieuwsbrieven in de gaten en geef je input! Veel informatie is ook te vinden op [fysiovergoeding.nl](http://fysiovergoeding.nl), maar deze informatie mag alleen gebruikt worden door abonnees.
- **In mijn EPD intramed kan ik geen AGB-code kwijt?? Begrijp ik dat die wel genoteerd moet worden?**  
Dit kun je toevoegen bij de gegevens van de arts. In sommige EPD's kan een arts zonder AGB-code niet worden toegevoegd.