

ATTEST ZIEKENVERVOER



CM. Op uw gezondheid.

Naam en voornaam van de patiënt:

Adres:

Lidnummer:

ZIEKENVERVOER BINNEN DE PROVINCIE

Ondergetekende verklaart dat bovenvermelde patiënt(e) naar (naam instelling) kwam voor:

- een raadpleging op - -
- een behandeling op - -
- een behandeling kinesithérapie (*maximum 60 zittingen per kalenderjaar*):
 - E-pathologie - data:
 -
 - F-pathologie - data:
 -
- een behandeling fysiotherapie: (*maximum 60 zittingen per kalenderjaar, onderling niet cumuleerbaar met vervoer voor behandeling kinesithérapie*)
data:
- een behandeling radio-, radium- of chemotherapie (*attest min. besluit 06-07-1989 bijvoegen aub*)
data:
- verblijf in een erkend palliatief dagverzorgingscentrum (*alleen liggend vervoer*)
data:
- nierdialyse (*attest ziekenhuis bijvoegen aub*) - data:

Wegens zijn/haar gezondheidstoestand kon voor deze verplaatsing, heenreis en/of terugreis, geen gebruik gemaakt worden van het openbaar vervoer.

De verplaatsing(en) diende(n) te gebeuren:

- zittend
- liggend

Stempel van de geneesheer

Handtekening van de geneesheer

Datum

..... - -



ATTEST ZIEKENVERVOER

Naam en voornaam van de patiënt:

Adres:

Lidnummer:

ZIEKENVERVOER BUITEN DE PROVINCIE

Ondergetekende verklaart dat bovenvermelde patiënt(e) naar (naam instelling, hersteloord)

..... kwam voor:

- een opname van: - - tot - -
- een raadpleging op: - -
- een behandeling op: - -
- een behandeling kinesitherapie (*maximum 60 zittingen per kalenderjaar*):
 - E-pathologie - data:
 -
 - F-pathologie - data:
 -
- een behandeling fysiotherapie: (*maximum 60 zittingen per kalenderjaar, onderling niet cumuleerbaar met vervoer voor behandeling kinesitherapie*) – data:
-
- een behandeling radio-, radium- of chemotherapie (*attest min. besluit 06-07-1989 bijvoegen aub*)
data:
- nierdialyse (*attest ziekenhuis bijvoegen aub*) - data:
- een verblijf in een erkend palliatief dagverzorgingscentrum (*alleen liggend vervoer*) -
data:
- een opname in een instelling voor palliatieve zorg

Wegens zijn/haar gezondheidstoestand kon voor deze verplaatsing, heenreis en/of terugreis, geen gebruik gemaakt worden van het openbaar vervoer.

De verplaatsing(en) diende(n) te gebeuren:

- zittend**
- liggend**

Omstandige omschrijving van de medische reden waarom de opname - raadpleging - behandeling niet kan gebeuren in een instelling of kabinet in het arrondissement.

(omschrijving kan ook aan dit document worden gehecht onder gesloten omslag):

.....
.....

Stempel van de geneesheer

Handtekening van de geneesheer

Datum

..... - -