

FORMULIER VOOR AANVRAAG 3 WEEKSE KUURREIS 2018

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd:

Ziekenfonds(naam): _____ te _____

Inschrijfnummer: _____

Aanvullend verzekerd Ja Nee , of anders _____

Wie is uw huisarts?

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon: _____

Dit deel laten invullen door uw huisarts of specialist. (Bij niet ingevulde formulieren kan uw aanvraag niet behandeling worden genomen)

Wat is de diagnose? _____

Waaruit bestaat de behandeling? _____

Zijn er contra-indicatie voor deelname aan een kuurreis? Ja Nee

Zo ja , welke? _____

Acht u de patiënt zowel geestelijk als lichamelijk in staat om zonder extra begeleiding aan de reis deel te nemen? Ja Nee

Ondertekening huisarts/specialist

Plaats: _____ Datum _____

Telefoon _____ Naamstempel _____

Handtekening _____

Aankruizen wat van toepassing is