

Formulier verlenging zorgverblijf

*Bezorg het ingevulde document aan uw ziekenfonds t.a.v. de Dienst Maatschappelijk Werk.
De bovenste twee kaders van luik A vult u zelf in.
Luik B op de keerzijde dient volledig door uw behandelend arts te worden ingevuld.
Inlichtingen: 053 76 99 71 – dmw@nzvl.be*

LUIK A

Naam: Voornaam:

Partner die u eventueel tijdens het verblijf vergezelt:

Naam: Voornaam:

Naam zorgoord:

Datum start zorgverblijf:.....

Datum aanvraag verlenging:.....

In te vullen door het ziekenfonds / Dienst Maatschappelijk Werk

Datum ontvangst aanvraag: / /

Aantal reeds goedgekeurde dagen:.....

Handtekening:

Advies van de raadgevend geneesheer van het ziekenfonds

Akkoord/weigering verlenging zorgverblijf met 7 / 14 overnachtingen (schrapp wat niet past).

Motivering:

.....

.....

.....

Datum: / /

Handtekening:

LUIK B

In te vullen door de behandelend geneesheer

Naam van de patiënt:

Medische reden voor de aanvraag verlenging:

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

Identificatie van de geneesheer (stempel):

Datum: / /

Handtekening: