

Verklaring nieuwe verzekerden per 01-01-2016

Verzekerde:

BSN: _____

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Vorige verzekeraar: _____

Zorg:

Chronische indicatie: _____

Diagnosecode: _____

Start behandeling: _____

Patiënt heeft voor deze indicatie meer dan 20 behandeling gehad.

Patiënt heeft voor deze indicatie nog geen 20 behandeling gehad*.

*Behandeldata:

Handtekening:

Fysiotherapeut: _____

Stempel praktijk: _____

Patiënt : _____

Na volledig invullen faxt u dit formulier naar 0570 – 687300 tav de afdeling
Declaratie.