

Bijlage 13

Te vervulldigen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de patiënt :
 Ziekenfonds :
 INSZ :
 Adres van de patiënt :

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR DE BANDAGISTEN EN DE ORTHOPEDISTEN

In te vullen door de zorgverlener

Naam en voornaam van de patiënt :
 Geboortedatum van de patiënt :

Benaming en hoeveelheid	Nomenclatuurnummer (aankruisen)		Code van het product op de lijst (indien van toepassing)	Aan-gerekende Prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tegemoet-koming V.I.	Persoonlijk Aandeel recht-hebbende K.B. 15.7.2002	Supplement voor de recht-hebbende
	Ambulant x	Gehospitaliseerd □						
Conveen Optima 28mm 90 stuks	640032		903020000656	392.02	392.02	392.02	0.....	0.....
Dagzakken Conveen 500ml 20 stuks	640076		903040000868	83.47	83.47	83.47	0.....	0.....
Nachtzakken Conveen 2l 20 stuks	640091		903050000578	37.94	37.94	37.94	0.....	0.....
Conveen Prep doekjes 2 dozen 2x54st	640216		903070000889	19.34.....	19.34.....	19.34.....	0.....	0.....
Recupel								
Totaal				532.78	532.78	532.78		

Datum van de levering :/...../...../

☐ Het voorschrift is toegevoegd.

Voorgescreven door

☐ De toestemming van de adviserend geneesheer van/...../.....is toegevoegd

op datum van/...../.....

Inschrijvingsnummer R.I.Z.I.V. van de voorschrijver :

Voor gehospitaliserde patiënt :

Nr. van de instelling :
 Dienst

In te vullen door de patiënt (aanduiden wat van toepassing is)

- Ik bevestig (de) bovenvermeld(de) verstrekking(en) te hebben ontvangen. ☐ JA ☐ NEEN
 - Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de zorgverlener over het feit dat ik een bedrag (persoonlijk aandeel + supplement) van
 EUR moet betalen dat volledig te mijnen laste valt. ☐ JA ☐ NEEN
 Datum :/...../..... Handtekening :

Naam en voornaam van de zorgverlener :
 Inschrijvingsnummer RIZIV :
 Naam van de onderneming :
 Straat en nummer :
 Gemeente en postnummer :
 KBO nummer :

In geval van derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer :

IBAN :

BIC :

Datum en handtekening van de zorgverlener]

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr. :

Datum:

Handtekening

Ontvangen de som van :EUR