

Bijlage 13

Te vervullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

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

GETUIGSCHRIJF 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 □ | | | | | | |
| <i>Conveen Optima 28mm 90 stuks</i> | 640032 | | 903002000065 | 329,85 | 329,85 | 336,45 |0..... |0..... |
| <i>Dagzakken Conveen 500ml 20 stuks</i> | 640076 | | 903004000087 | 70,24 | 70,24 | 71,64 |0..... |0..... |
| <i>Nachtzakken Conveen 2l 20 stuks</i> | 640091 | | 903005000055 | 31,93 | 31,93 | 32,56 |0..... |0..... |
| <i>Conveen Prep doekjes 2 dozen 2x54st</i> | 640216 | | 903007000086 | 16,28 | 16,28 | 16,61 |0..... |0..... |
| Recupel | | | | | | | | |
| Totaal | | | | 448,30 | 448,30 | 457,26 | | |

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

Het voorschrift is toegevoegd.

Voorgescreven door

De toestemming van de adviserend genesheer van/...../..... is toegevoegd

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

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

Voor gehospitaliseerde 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