

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 □						
<i>Conveen Optima 30mm 90 stuks</i>	640032		903002000065	357,26	357,26	357,26	0.....	0.....
<i>Dagzakken Conveen 500ml 20 stuks</i>	640076		903004000087	76,07	76,07	76,07	0.....	0.....
<i>Nachtzakken Conveen 2l 20 stuks</i>	640091		903005000055	34,57	34,57	34,57	0.....	0.....
<i>Conveen Prep doekjes 2 dozen 2x54st</i>	640216		903007000086	17,64	17,64	17,64	0.....	0.....
Recupel								
Totaal				485,54	485,54	485,54		

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

☐ Het voorschrift is toegevoegd.

Voorgeschreven 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 getuigenschrift 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