

**Bijlage 13**

**Te vervulldigen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen**

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

**GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERING BESTEMD VOOR DE ORTHOPEDISCH TECHNOLOGEN**

**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	Nomenclatuur-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		903020000656	401.59	401.59	401.59	.....0.....	.....0.....
<i>Dagzakken Conveen 500ml 20 stuks</i>	640076		903040000868	85.51	85.51	85.51	.....0.....	.....0.....
<i>Nachtzakken Conveen 2l 20 stuks</i>	640091		903050000578	38.87	38.87	38.87	.....0.....	.....0.....
<i>Conveen Prep doekjes 2 dozen 2x54st</i>	640216		903070000889	19.80	19.80	19.80	.....0.....	.....0.....
Recupel								
<b>Totaal</b>				<b>545.77</b>	<b>545.77</b>	<b>545.77</b>		

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 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