

Bijlage 13

Te vervullen door de patiënt
Invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de patiënt :
Ziekenfonds :
NISS :
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	Nummer van de Nomenclatuur (aankruisen)		Code van het product op de lijst (indien van toepassing)	Aan-gerekende Prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tegemoet-koming V.I.	Persoon-lijk Aandeel recht-hebbende K.B. 15.7.2002	Supple-ment voor de recht-hebbende
	Ambulant <input type="checkbox"/>	Gehospitalis eerd <input type="checkbox"/>						
1 paar orthopedische zolen naar maat	604575			90,00	24,61 24,61	49,22		40,78
Recupel								
Totaal				90,00	49,22	49,22		40,78

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 opgenomen patiënt :

Nr. van de instelling : :
Dienst

Naam en voornaam van de zorgverlener : **Sleurs Elke**
Inschrijvingsnummer RIZIV : **1.6.42845.71.200 1.642845.71.241**
Naam van de onderneming : **Bandagisterie Heverlee**
Straat en nummer : **Lijstersstraat 31**
Gemeente en postnummer : **3052 Blanden**
KBO nummer : **0536.370.606**

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

IBAN : **BE52 0017 0153 6109**
BIC : **GEBABEBB**

In te vullen door de patiënt

Ik bevestig (de) bovenvermeld(de) verstrekking(en) te hebben ontvangen. 604575

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.

Datum

Handtekening :

Datum en handtekening van de zorgverlener]

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr. :**0536.370.606**.....

Datum:
Handtekening

Ontvangen de som van :EUR