

Bijlage 13

**In te vullen door de patiënt**

Invullen 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	Nummer van de nomenclatuur		Code van het product op de lijst (indien van toepassing)	Aan-gerekende prijs	Nomen-clatuurprijs	Tegemoet-koming V.I.	Persoonlijk aandeel patiënt K.B 15.7.2002	Supplement voor de patiënt
	Ambulant <input checked="" type="checkbox"/>	Gehospi-taliseerd <input type="checkbox"/>						
Recupel								
Totaal								

Date van de levering: ...../...../.....

Voorgeschreven door: .....  Het voorschrift is toegevoegd  
 op datum van ...../...../.....  De toestemming van de adviserend geneesheer van ...../...../..... is toegevoegd.

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver: □ - □□□□□□ □□ □□□□

Voor opgenomen patiënt: Nr. van de instelling: □ - □□ - □□□□ - □□□  
 Dienst: □□

Naam en voornaam van de zorgverlener: .....

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V.: □ - □□□□□□ □□ □□□□

Naam van de onderneming: .....

Straat en nummer: .....

Gemeente en postnummer: .....

KBO nummer: .....

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

IBAN: □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

BIC: □□□□□□□□

**In te vullen door de patiënt**

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

Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de zorgverlener over het feit dat ik een bedrag (persoonlijk aandeel + supplement) van..... Euro moet betalen dat volledig te mijnen laste valt.

Datum: ...../...../.....

Handtekening:

Datum en handtekening van de zorgverlener

**ONTVANSTBEWIJS**

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

Datum: : ...../...../.....

Ontvangen de som van: ..... EUR

Handtekening: