

LET OP:

Om uw claim correct te kunnen behandelen, dient u hieronder de gegevens te vermelden van de arts(en) bij wie u momenteel onder behandeling staat. Om vertraging of opschorting van uw claim te voorkomen dient u alle gevraagde gegevens compleet en duidelijk in te vullen. Niet compleet ingevulde formulieren worden dan ook aan u teruggestuurd.

MEDISCHE INFORMATIE (dit formulier dient u samen met het aangifteformulier aan ons te retourneren)

Achternaam en voorletters arts

man vrouw

Datum eerste bezoek arts

Naam ziekenhuis

Telefoon

Afdeling ziekenhuis/instelling

Adres ziekenhuis/instelling

Postcode

Plaats

Achternaam en voorletters arts

man vrouw

Datum eerste bezoek arts

Naam ziekenhuis

Telefoon

Afdeling ziekenhuis/instelling

Adres ziekenhuis/instelling

Postcode

Plaats

Achternaam en voorletters arts

man vrouw

Datum eerste bezoek arts

Naam ziekenhuis

Telefoon

Afdeling ziekenhuis/instelling

Adres ziekenhuis/instelling

Postcode

Plaats

Achternaam en voorletters arts

man vrouw

Datum eerste bezoek arts

Naam ziekenhuis

Telefoon

Afdeling ziekenhuis/instelling

Adres ziekenhuis/instelling

Postcode

Plaats