Bijlage bij de verordening van 22 juni 2015 tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Bijlage 13

Te vervolledigen door de patiënt
Invullen of kleefbrifje 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 ☐	Gehospitaliseerd ☐						
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
Recupel								
Totaal								

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

Voorgeschreven door

☐ Het voorschrift is toegevoegd.

☐ 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 : ……
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 : ……

In te vullen door de patiënt

Ik bevestig (de) bovenvermeld(de) 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 …… EUR moet betalen dat volledig te mijnen laste valt.

Datum ……../……../…….. Handtekening : ……

Datum en handtekening van de zorgverlener]

ONTVANGSTBEWIJS

Geïnd voor rekening van KBO nr. : ……

Datum: . . . . . .
Handtekening

Ontvangen de som van : ……..EUR