REVALIDATIE

STAAT VAN REISKOSTEN PER INDIVIDUEEL VERVOERMIDDEL AANGEPAST AAN DE HANDICAP GEDURENDE DE MAAND 20.

IDENTIFICATIE VAN DE PATIENT BESTEMD VOOR HET DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLING AFGELEVERDE KLEEFBRIEFJE

Naam - Voornaam :
Effectieve verblijfplaats : - Straat en nummer :
- Postcode en gemeente :
Geboortedatum :
Persoonlijk inschrijvingsnummer bij de verzekerings-instelling :

GEGEVENS BETREFFENDE DE TOEGESTANE REVALIDATIEVERSTREKKINGEN

Revalidatiecentrum : ..... (identificatie van het revalidatiecentrum, inclusief adres)

Datum en referenties van het akkoord ontvangen van de verzekeringsinstelling :
Inhoud van het akkoord : - verstrekkingen :

- frequentie van de verstrekkingen : /week
/maand

IN TE VULLEN DOOR HET REVALIDATIECENTRUM		IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE OF ZIJN WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER	
Datum van de verrichte prestatie	pseudocodenummer van de verrichte prestatie	reëel afgelegde Km heen en/of terug [1]	VOORBEHOUDEN AAN DE V.I. : bedrag van tussenkomst
DOOR HET VERZEKERINGSCOMITE VAN DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VASTGESTELD BEDRAG VAN TUSSENKOMST: per Km: …… EUR		TOTAAL BEDRAG VAN TUSSENKOMST	

Ik bevestig op mijn eer dat de opgegeven prestaties op de gegeven data in het aangegeven revalidatiecentrum verstrekt zijn.

Identificatie, datum en handtekening van de verantwoordelijke van het revalidatiecentrum.

Ik, ondergetekende,
bevestig hierbij op mijn eer dat bovenvermelde gegevens juist en volledig zijn.
Ik bevestig op mijn eer, tijdens elke reis, **in mijn rolstoel** in mijn persoonlijk voertuig aangepast aan rolstoelverplaatsingen, vervoerd te zijn.
Datum en handtekening van de rechthebbende :

[1] Aanduiden voor ieder verplaatsing wat van toepassing is