

Medisch attest Hospitaal-Plus 100/200/Franchise

Bezorg dit document samen met het hospitalisatieverslag in een gesloten omslag aan de adviserend geneesheer van Hospitaal-Plus.

Gegevens in te vullen door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger

Persoonlijke gegevens

Vul in of breng een blauwe klever aan:

Rijksregisternummer: _____
Naam + voornaam: _____
Straat + nummer: _____
Postcode + gemeente: _____

Telefoon: _____

GSM: _____

Gegevens in te vullen door de ziekenhuisarts (*)

(*) Indien bij de behandeling geen ziekenhuisarts is betrokken, mag de huisarts van de verzekerde dit gedeelte invullen.

Enkel in te vullen bij ziekenhuisopname:

Datum: van / / om : uur, tot / / om : uur

Aanleiding van de opname:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> ongeval | <input type="radio"/> artrose/reuma | <input type="radio"/> maag- of darmaandoening |
| <input type="radio"/> zwangerschapscomplicatie | <input type="radio"/> cataract | <input type="radio"/> pneumologische aandoening |
| <input type="radio"/> bevalling | <input type="radio"/> endocrinologische aandoening | <input type="radio"/> psychiatrische aandoening |
| <input type="radio"/> anticonceptieve behandeling | <input type="radio"/> neus-, keel-, ooraandoening | <input type="radio"/> urologische aandoening |
| <input type="radio"/> vruchtbaarheidsbehandeling | <input type="radio"/> cardiologische aandoening | <input type="radio"/> andere |

Omschrijving van de aandoening/het letsel: _____

Omschrijving van de ingreep/behandeling: _____

Enkel in te vullen bij ambulante verzorging van een ernstige ziekte:

Om welke ziekte gaat het? _____

Steeds in te vullen:

Datum eerste symptomen: / /
Datum eerste raadpleging voor deze aandoening: / /
Staat de aanleiding voor deze opname of behandeling in verband met (een) voorafgaande pathologie(ën)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Neen
Zo ja, om welke pathologie(ën) gaat het? _____ _____
Wanneer werd(en) deze diagnose(s) gesteld? / /
Werd de patiënt reeds eerder door uzelf of een andere arts voor deze voorgaande pathologie(ën) behandeld? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Neen
Naam en adres van deze andere arts: _____ _____
Periodes van eerdere behandeling(en): _____ _____
Nomenclatuurnummer bij dagopname: _____

Vergeet niet het hospitalisatieverslag bij dit document te voegen!

Opgemaakt op / / , in _____

Ik, ondergetekende, (naam + voornaam behandelende arts) _____
verklaar dat de gegevens in dit document volledig en correct zijn.

(stempel en handtekening behandelende arts)

Vak voorbehouden aan VMOB Hospitaal-Plus

Stempel voor ontvangst