

VERGOEDING AFVALSTOFFENHEFFING

VERZOEK OM VERGOEDING AFVALSTOFFENHEFFING VANWEGE HET GEBRUIK VAN INCONTINENTMATERIAAL

PERSOONLIJKE GEGEVENS :

Naam : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Rekeningsnummer (IBAN) : _____

Naam evt. gemachtigde : _____

Datum : _____ Handtekening: _____

=====

ADVIES MEDISCH ADVISEUR verklaart:

- dat de hierboven genoemde persoon voortdurend incontinent is / een stoma heeft (*),
- per _____ (datum) ontstaat er extra afval in verband met bovenstaande.
- in de medische situatie van deze persoon valt binnen nu en vijf jaar wel / geen (*) wijziging te verwachten.

Datum : _____ Handtekening en stempel : _____

(*) Gelieve door te strepen wat niet van toepassing is.

=====