

HOSPITALISATIE AANGIFTE

Inlichtingen te verstrekken door de gehospitaliseerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger

Individueel polisnummer

Naam / voornaam gehospitaliseerde persoon: _____

Geboortedatum: / / Bankrekening begunstigde:

Adres verzekerde persoon: _____

Telefoonnr.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Mutualiteitstatus: grote en kleine risico's grote risico's zonder

Aanvullende verzekering mutualiteit? Ja Nee Indien ja, naam: _____

Hospitalisatie: VAN / / TOT / /

Hospitalisatie in: eenpersoonskamer tweepersoonskamer gemeenschappelijke kamer

Eendagskliniek (One-day clinic) in: eenpersoonskamer tweepersoonskamer gemeenschappelijke kamer

Naam, campus en adres van het ziekenhuis: _____

Naam en adres van de huisarts: _____

ZIEKTE	Juiste aard van de ziekte:				
	Datum van het eerste optreden:				
	Oorzaak van de ziekte:				
	Aard van de behandeling:				
ONGEVAL	Aard van het ongeval:	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Arbeid	<input type="checkbox"/> School	
	Aard van de letsels:				
	Aard van de behandeling:				
	Datum en uur van het ongeval:				
	Plaats, oorzaak en omschrijving van het ongeval:				
	Is een derde betrokken bij het ongeval?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		
ANDERE	Reden:	<input type="checkbox"/> Bevalling	<input type="checkbox"/> Kunstmatige bevruchting	<input type="checkbox"/> Sterilisatie	<input type="checkbox"/> Esthetische behandeling
	Indien andere, beschrijving en oorzaak:				
	Aard van de behandeling:				

Voor echt verklaard, handtekening _____ Datum:/...../20...