FORFAITAIRE BETALING

KENNISGEVING VAN EINDE VAN INSCHRIJVING
BESLISSING VAN HET MEDISCH HUIS

MEDISCH HUIS

Benaming: Praktijkhuis Baarle

Adres: Pastoor van Herdegomstraat 17
2387 Baarle-Hertog

Nr. R.I.Z.I.V.: **8-1350039101**

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst: .....

Benaming: .....

Adres: .....

INGESCHREVENE

NAAM – VOORNAAM: .....

Adres: .....

Rijksnummer: .....

Deze rechthebbende, ingeschreven bij het medisch huis sedert: .....

zal niet verder ingeschreven zijn vanaf: .....

Motief toevoegen :

	Uitschrijving door het Medisch Huis	Code
	Verhuis : de patiënt woont niet meer in de activiteitengebied	101
	Conflict met de patiënt of een familielid van de patiënt	102
	Opname in een instelling (ouderenzorg of andere) buiten het geografische gebied	103
	Niet naleving van de regels van het MH	104
	Langdurige afwezigheid van contact met de patiënt	105
	De patiënt raadpleegt regelmatig en zonder toestemming van externe zorgverleners en vraagt de terugbetaling van zijn kosten	106
	Continuïteit van de zorgen te moeilijk over te nemen voor het MH	107

Eventuele toelichting:

.....

De rechthebbende	De verantwoordelijke van het medisch huis
Datum:	Datum: .....
Handtekening[1]:	Handtekening: .....

Document in tweevoud op te maken: document voor de rechthebbende[2]
document voor het medisch huis[2]

(1) Handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger noodzakelijk in het geval van een minderjarige die de leeftijd van 14 jaar nog niet bereikt heeft. De wettelijke vertegenwoordiger moet worden geïdentificeerd via zijn naam, voornaam en rijksregisternumm

(2) Schrappen wat niet past.