

**Kleef hier een klever  
van de Mutualiteit**  
of vul onderstaande gegevens in:

Gelieve het volledig ingevulde formulier zo snel mogelijk te faxen of mailen naar bovenstaande contactgegevens.

**► GEDEELTE DOOR DE KUURGANGER IN TE VULLEN:**

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Voornaam:** \_\_\_\_\_  M -  V\*

**Straat :** \_\_\_\_\_

**nr:** \_\_\_\_\_ **Bus:** \_\_\_\_\_ **Postcode:** \_\_\_\_\_

**Gemeente:** \_\_\_\_\_

**Geboren op:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ **Lidnr. Ziekenfonds:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Telefoon:** \_\_\_\_\_  Nederlandstalig\*

**Gsm:** \_\_\_\_\_  Franstalig

**Naam en voornaam van de persoon die samen met de kuurganger zal verblijven:**  
\_\_\_\_\_  M -  V\*

**VOORKEURKEUZE REVALIDATIE CENTRUM\*:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De Lasne, Homeweg 15, 3090 Terlanen             | <b>Ik kies voor een:</b><br><input type="checkbox"/> éénpersoonskamer<br><input type="checkbox"/> tweepersoonskamer |
| <input type="checkbox"/> De Branding, Koninklijke Baan 90, 8420 Wenduine |   |
| <input type="checkbox"/> DeCeder, Parijsestraat 34, 9800 Deinze          |   |
| <input type="checkbox"/> Les Rièzes et les Sarts, Cul-des-Sarts          |   |
| <input type="checkbox"/> Les Heures Claires, Spa                         |   |

**► GEDEELTE DOOR HET ZIEKENFONDS IN TE VULLEN:**

In regel met de vrije en aanvullende verzekering tot \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nagezien door: \_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**► GEDEELTE DOOR DE MEDISCHE DIRECTIE VAN HET NVSM IN TE VULLEN:**

Gunstig – categorie **1 2 3 3b**  Ongunstig

**Opmerkingen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**► GEDEELTE DOOR DE BEHANDELEND GENEESHEER IN TE VULLEN :**

Deze informatie is onmisbaar voor de medische behandeling tijdens de kuur, gelieve deze zo volledig mogelijk en in duidelijke drukletters in te vullen.

**Ondergetekende, (naam, adres, telefoon en e-mail geneesheer):**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**adviseert een herstelkuur voor hiernaast vermelde patiënt ten gevolge van:**

Ziekte -  Heelkundige ingreep\* **Begindatum :** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Hospitalisatie van \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ tot \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Gedetailleerde diagnose:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Huidige zelfredzaamheid\***

**De patiënt kan zonder hulp:**

- Zich verplaatsen  ja  neen  moeilijk
- Zijn toilet maken  ja  neen  moeilijk
- De trap gebruiken  ja  neen  moeilijk

**De patiënt\***

- heeft incontinentie:
  - urinaal  ja  neen
  - fecaal  ja  neen
- is rolstoel gebonden  ja  neen

**De geestestoestand stelt problemen voor het centrum of voor de andere kuurgangers\*:**  ja  nee  te letten op

**Eventuele toelichtingen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Behandeling(en) voort te zetten tijdens de kuur:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Speciaal dieet:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

◀ Datum + handtekening en stempel geneesheer

\*kruis aan wat van toepassing is