

FORFAITAIRE BETALING

KENNISGEVING VAN EINDE VAN INSCHRIJVING BESLISSING VAN DE INGESCHEVENE

MEDISCH HUIS

Benaming: **Praktijk Schijnpoort**

Adres: **Pothoekstraat 113**

2060 Antwerpen

Nr. R.I.Z.I.V.: **8-11547-52 101**

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst:

Benaming:

Adres:

INGESCHEVENE

NAAM – VOORNAAM:

Adres:

Rijksnummer:

Deze rechthebbende, ingeschreven bij het medisch huis sedert:

heeft beslist zijn inschrijving niet meer te verlengen vanaf:

Motief toevoegen :

	Uitschrijving door de patiënt	Code
	Verhuis : de patiënt woont niet meer in de activiteitengebied	201
	Conflict met de zorgverlener of een personeelslid van het MH	202
	Opname in een instelling (ouderenzorg of andere)	203
	Niet naleving van de regels van het MH	204
	De patiënt wenst andere zorgverleners dan die van het MH raadplegen	205
	Alternatieve ondersteuning waarbij één ouder niet in het activiteitengebied leeft	206
	De patiënt wenst een aangestelde zorgverlener binnen het MH maar het is niet mogelijk	207
	Persoonlijke reden	208

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 rijksregisternummer.
- (2) Schrapen wat niet past.