



Palliatieve Limburgse Ondersteuningsequipe  
van LISTEL vzw - Pallion

## ATTEST

Ondergetekende, ..... doctor in de geneeskunde,  
huisarts van : .....  
geboren op: ...../...../.....  
adres: .....

Gerechtigde - Rechthebbende	
	IN BLOKLETTERS invullen of kleeftbriefje van de mutualiteit aanbrengen
NAAM	
Voor naam	
Adres	
Verzekeringstelling	..... (ZF-naam + ZF-code aub)
Rijksregisternummer	-----
CG1	---
CG2	---

bevestigt hiermee dat bovenvermelde patiënt als palliatief kan beschouwd worden en dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe \* van Palliatieve Limburgse Ondersteuningsequipe van Listel, Pallion, een wezenlijke rechtstreekse bijdrage \* in de palliatieve zorg van de patiënt kan bieden. De leden van de equipe engageren zich hierbij om regelmatig overleg met de huisarts en de andere hulpverleners te houden

\* volgens officiële terminologie en richtlijnen van het RIZIV

Datum van de eerste (rechtstreekse of onrechtstreekse) tussenkomst van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor de rechthebbende: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (= intake dd. wordt door Pallion aangevuld)

Gelieve dit attest getekend en gestempeld terug te bezorgen aan Pallion

Handtekening en stempel huisarts