

ATTEST

huisarts

Ondergetekende, doctor in de geneeskunde,
Huisarts van:
Geboren op:/...../.....
Adres:

GERECHTIGDE - RECHTHEBBENDE

Naam	
Voornaam	
Adres	
Verzekeringsinstelling	(naam + code Mut. aub)
Rijksregisternummer
CG1 / CG2 /

BOVENSTAANDE TABEL INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE VAN DE MUTUALITEIT AANBRENGEN

bevestigt hiermee dat bovenvermelde patiënt als palliatief kan beschouwd worden en dat de multidisciplinaire begeleidingsequipe* van Pallion - Palliatieve zorg Limburg vzw, een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse 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:/...../..... (= datum 1^e contact met Pallion).

Gelieve dit attest getekend en gestempeld terug te bezorgen aan:
Pallion - Palliatieve zorg Limburg vzw, Universiteitslaan 3, 3500 HASSELT.

Handtekening + datum:

Stempel huisarts:

