

## Medisch attest Hospitaal-Plus 100/200/Franchise

Bezorg dit document samen met het hospitalisatieverslag in een gesloten omslag aan de adviserend geneesheer van Hospitaal-Plus.

### Gegevens in te vullen door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger

#### Persoonlijke gegevens

Vul in of breng een blauwe klever aan:

**Rijksregisternummer:** \_\_\_\_\_

**Naam + voornaam:** \_\_\_\_\_

**Straat + nummer:** \_\_\_\_\_

**Postcode + gemeente:** \_\_\_\_\_

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

**GSM:** \_\_\_\_\_

### Gegevens in te vullen door de ziekenhuisarts (\*)

(\*) Indien bij de behandeling geen ziekenhuisarts is betrokken, mag de huisarts van de verzekerde dit gedeelte invullen.

#### Enkel in te vullen bij ziekenhuisopname:

Datum: van ..... / ..... / ..... om ..... : ..... uur, tot ..... / ..... / ..... om ..... : ..... uur

Aanleiding van de opname:

- |                                                   |                                                    |                                                 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> ongeval                     | <input type="radio"/> artrose/reuma                | <input type="radio"/> maag- of darmaandoening   |
| <input type="radio"/> zwangerschapscomplicatie    | <input type="radio"/> cataract                     | <input type="radio"/> pneumologische aandoening |
| <input type="radio"/> bevalling                   | <input type="radio"/> endocrinologische aandoening | <input type="radio"/> psychiatrische aandoening |
| <input type="radio"/> anticonceptieve behandeling | <input type="radio"/> neus-, keel-, ooraandoening  | <input type="radio"/> urologische aandoening    |
| <input type="radio"/> vruchtbaarheidsbehandeling  | <input type="radio"/> cardiologische aandoening    | <input type="radio"/> andere                    |

Omschrijving van de aandoening/het letsel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Omschrijving van de ingreep/behandeling: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Enkel in te vullen bij ambulante verzorging van een ernstige ziekte:

Om welke ziekte gaat het? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Steeds in te vullen:

Datum eerste symptomen: ..... / ..... / .....
Datum eerste raadpleging voor deze aandoening: ..... / ..... / .....
Staat de aanleiding voor deze opname of behandeling in verband met (een) voorafgaande pathologie(ën)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Neen
Zo ja, om welke pathologie(ën) gaat het? _____
Wanneer werd(en) deze diagnose(s) gesteld? ..... / ..... / .....
Werd de patiënt reeds eerder door uzelf of een andere arts voor deze voorgaande pathologie(ën) behandeld? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Neen
Naam en adres van deze andere arts: _____
Periodes van eerdere behandeling(en): _____
Nomenclatuurnummer bij dagopname: _____

## Vergeet niet het hospitalisatieverslag bij dit document te voegen!

Opgemaakt op ..... / ..... / ....., in \_\_\_\_\_

Ik, ondergetekende, (naam + voornaam behandelende arts) \_\_\_\_\_  
verklaar dat de gegevens in dit document volledig en correct zijn.

(stempel en handtekening behandelende arts)

## Beoordeling adviserend arts VMOB Hospitaal-Plus

Datum beoordeling: ..... / ..... / .....
Beoordeling: _____ _____
Motivering: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____