



Attestation de transport

Ce document n'est pas requis pour les transports urgents (100 – SAMU)

| Vos données | |
|-----------------------------|--|
| Nom et prénom | |
| Adresse | |
| Numéro de registre national | |
| Adresse E-mail | |

| Raisons du transport |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation : ___/___/____ <input type="checkbox"/> Sortie de l'hôpital : ___/___/____ <input type="checkbox"/> Hospitalisation de jour le : ___/___/____ <input type="checkbox"/> Examen médical ou consultation médicale le : ___/___/____ <small>Max 300 EUR par année sauf pour les patients fortement dépendants sur base de l'attestation médicale à faire compléter en page 2 par le médecin + échelle de KATZ-B</small> <input type="checkbox"/> Contrôles après transplantation d'organe <input type="checkbox"/> Revalidation multidisciplinaire (cardiaque ou locomoteur) |
| Veillez faire compléter l'attestation médicale en page 2 par le médecin |
| <input type="checkbox"/> Vaccination COVID Veillez joindre les confirmations de rendez-vous pour la vaccination |
| Déclaration sur l'honneur |
| Je soussigné, déclare m'être rendu en clinique/polyclinique aux dates reprises dans le tableau en annexe et que les transports mentionnés n'avaient pas pour objet un traitement de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyse donnant droit à une intervention INAMI. |
| Date: ___/___/____ |
| Signature : |

Attestation médicale à remplir par le médecin

Je soussigné Dr. _____ certifie que l'état de santé du bénéficiaire ci-dessous ne lui permet pas de se déplacer par ses propres moyens.

Nom et prénom du bénéficiaire :

Patient fortement dépendant

OU souffrant de :

Ostéoporose

Maladie grave des yeux

Handicap des membres

Maladie neurologique invalidante

Poliomyélite

Malformations congénitales

Paralysie cérébrale

Autre : _____

Date: ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin :

