

HOSPITALISATIE AANGIFTE S28/1 N

Inlichtingen te verstrekken door de gehospitaliseerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger

Terugsturen naar : DKV Belgium | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Fax: 02 278 20 30 | Tel.: 02 287 64 11

Individueel polisnummer

Groepspolis

Matrikelnummer

Naam / voornaam gehospitaliseerde persoon: _____

Geboortedatum: / / **Bankrekening begunstigde:**

Adres verzekerde persoon: _____

Telefoonnr.: _____ **Fax:** _____ **e-mail:** _____

Mutualiteitstatus: grote en kleine risico's grote risico's zonder

Aanvullende verzekering mutualiteit ? Ja Nee **Indien ja, naam:** _____

Hospitalisatie: VAN / / **2 0** TOT / / **2 0**

Hospitalisatie in: eenpersoonskamer tweepersoonskamer gemeenschappelijke kamer

Eendagskliniek (One-day clinic) in: eenpersoonskamer tweepersoonskamer gemeenschappelijke kamer

Naam, campus en adres van het ziekenhuis: _____

Naam en adres van de huisarts: _____

ZIEKTE	Juiste aard van de ziekte:			
	Datum van het eerste optreden:			
	Oorzaak van de ziekte:			
	Aard van de behandeling:			
ONGEVAL	Aard van het ongeval:	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Arbeid	<input type="checkbox"/> School
	Aard van de letsels:			
	Aard van de behandeling:			
	Datum en uur van het ongeval:			
	Plaats, oorzaak en omschrijving van het ongeval:			
	Is een derde betrokken bij het ongeval ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
ANDERE	Reden:	<input type="checkbox"/> Bevalling	<input type="checkbox"/> Kunstmatige bevruchting	<input type="checkbox"/> Sterilisatie <input type="checkbox"/> Esthetische behandeling
	Indien andere, beschrijving en oorzaak:			
	Aard van de behandeling:			

Voor echt verklaard, handtekening _____

Datum:/...../20...