

## HOSPITALISATIE AANGIFTE

S28/1 N

**Inlichtingen te verstrekken door de gehospitaliseerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger**

**Terugsturen naar:** DKV Belgium S.A./N.V. | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Fax: 02 278 20 30 | Tel.: 02 287 64 11

Individueel polisnummer            Groepspolis

Inschrijvingsnummer:

Naam / voornaam gehospitaliseerde persoon: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:   /   /

IBAN nummer       -       -

BIC code

Adres verzekerde persoon: \_\_\_\_\_

Telefoonnr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Statuut ziekenfonds:  grote en kleine risico's  grote risico's  zonder

Aanvullende verzekering ziekenfonds ?  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: \_\_\_\_\_

<b>ZIEKTE</b>	Juiste aard van de ziekte:				
	Datum van het eerste optreden:				
	Oorzaak van de ziekte:				
	Aard van de behandeling:				
<b>ONGEVAL</b>	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		
<b>ANDERE</b>	Reden:	<input type="checkbox"/> Bevallig	<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...