FORFAITAIRE BETALING

KENNISGEVING VAN EINDE VAN INSCHRIJVING

BESLISSING VAN DE INGESCHREVENE

MEDISCH HUIS

Benaming: **xxxxxxxxx**

Adres: **xxxxxxxxxx xx**

x**xxx xxxxxxx**

Nr. R.I.Z.I.V.: **8-xxxxx-xx-xxx**

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst:

Benaming:

Adres:

INGESCHREVENE

NAAM – VOORNAAM:

Adres:

Rijksnummer:

Deze rechthebbende, ingeschreven bij het medisch huis sedert:

heeft beslist zijn inschrijving niet meer te verlengen vanaf:

Motief toevoegen :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Uitschrijving door de patiënt** | **Code** |
|  | Verhuis : de patiënt woont niet meer in de activiteitengebied | 201 |
|  | Conflict met de zorgverlener of een personeelslid van het MH | 202 |
|  | Opname in een instelling (ouderenzorg of andere) | 203 |
|  | Niet naleving van de regels van het MH | 204 |
|  | De patiënt wenst andere zorgverleners dan die van het MH raadplegen | 205 |
|  | Alternatieve ondersteuning waarbij één ouder niet in het activiteitengebied leeft | 206 |
|  | De patiënt wenst een aangestelde zorgverlener binnen het MH maar het is niet mogelijk | 207 |
|  | Persoonlijke reden | 208 |

Eventuele toelichting:

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| De rechthebbende | | | De verantwoordelijke van het medisch huis |
| Datum: | | | Datum: |
| Handtekening(1): | | | Handtekening: |
| Document in tweevoud op te maken: | | document voor de rechthebbende(2)  document voor het medisch huis(2) | |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| (1) | Handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger noodzakelijk in het geval van een minderjarige die de leeftijd van 14 jaar nog niet bereikt heeft. De wettelijke vertegenwoordiger moet worden geïdentificeerd via zijn naam, voornaam en rijksregisternummer. | | |
| (2) | Schrappen wat niet past. | | |