

## Zorg in het buitenland

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van zorg in het buitenland door u (verzekerde) en uw behandelend arts. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



### Verzekerdengegevens

Relatienummer: \_\_\_\_\_  
Voorletters: \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  de heer  mevrouw  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer 1: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer 2: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

In verband met een adequate beoordeling voor geneeskundige zorg in het buitenland verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden en de gevraagde gegevens te verstrekken. Uiteraard behandelen wij uw gegevens vertrouwelijk.

Door verzekerde in te vullen.

#### 1. Waar en bij welke specialist wilt u de behandeling ondergaan?

Naam ziekenhuis: \_\_\_\_\_  
Vestigingsplaats: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_  
Naam specialist: \_\_\_\_\_

#### 2. Voor welke aandoening of voor welke klachten wilt u de behandeling ondergaan?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Voor welke behandeling wilt u in aanmerking komen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Op welke wijze vindt deze behandeling plaats?

- Poliklinisch consult
- Second opinion
- Onderzoek
- Dagbehandeling
- Ziekenhuisopname

#### 5. Waarom wilt u de behandeling in het buitenland ondergaan?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Ondertekening verzekerde

Naam: \_\_\_\_\_ Datum en plaats: \_\_\_\_\_  
Handtekening: \_\_\_\_\_

