



Declaratieformulier kosten CAPD/CCPD/Thuishemodialyse

(svp per maand declareren)

Relatienummer verzekerde:

Naam verzekerde:

Adres:

Postcode / Woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Soort behandeling



Kruis aan wat voor soort behandeling u krijgt:

Hemodialyse 1 - 3 keer per week

Hemodialyse om de dag

Hemodialyse 4 - 5 keer per week

CAPD-methode

Hemodialyse 6 - 7 keer per week

CCPD (APD)

Periode en aantal dagen behandeling

Geef aan voor welke periode en aantal dagen u declareert:

Ingangsdatum :

Einddatum :

Aantal dagen dat u gedialyseerd hebt :

Opname ziekenhuis

Bent u in aangegeven periode opgenomen geweest in het ziekenhuis?

Nee Ja, totaal dagen (aantal opnamedagen invullen)

Let op, CZ kan uw declaratie alleen in behandeling nemen als deze volledig is ingevuld!

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld d.d.:

Handtekening verzekerde:



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.

Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de CZ Klantenservice, telefoonnummer 088 555 77 77.