

Formulier voor patiënten verzekerd bij een Nederlandse zorgverzekeraar

AANVRAAG TOT MACHTIGING

In te vullen door Aanmelden en inschrijven:

Naam patiënt: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
UZ-patiëntnummer: _____
Nl. zorgverzekeringsmaatschappij - verzekeringsgegevens: _____

Silvia Aylu
08/02/1986

In te vullen door behandelende arts indien er voor de behandeling/ingreep en/of het consult voorafgaand een goedkeuring is vereist:

Naam arts-specialist: _____
Specialisme: _____
Dienst: _____

UZ
Universitair Ziekenhuis Gent
Dr. Anne Vlierin
1-82146-20-0.34
ASO
Vrouwenkliniek

Medische bevindingen (beknopt verslag): _____

chronische buikpijn

Diagnosestelling: _____

vermeeden endometriose

Reden voorgestelde behandeling: _____

diagnostische laparoscopie

Voor een behandeling die hospitalisatie vereist – voorgestelde datum van opname in het UZ Gent:

..... / / 20

Voor een ambulante behandeling (poliklinisch of via dagkliniek) – datum eerste behandeling:

..... / / 20

Beslissing zorgverzekeraar
(terug te faxen naar Aanmelden en inschrijven op het nummer +32 (0)9 332 38 71 a.u.b.)

AKKOORD

WEIGERING



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Toestemmingsverklaring

U wenst in aanmerking te komen voor een behandeling bij een zorgverlener (ziekenhuis) in het buitenland. Ten behoeve van de vergoeding van de kosten van deze behandeling, dient de zorgverlener voorafgaand toestemming te verkrijgen van uw zorgverzekeraar welke toestemming kan worden verkregen via een "aanvraag tot machtiging". Bij het indienen van deze aanvraag tot machtiging zullen uw persoonsgegevens, waaronder medische gegevens alsook een diagnose – en behandelplan (voor zover noodzakelijk om de machtiging te krijgen) worden meegezonden.

De zorgverlener is wettelijk verplicht om uw uitdrukkelijke toestemming te vragen voordat deze persoonsgegevens kunnen worden verzonden aan uw zorgverzekeraar. Via dit formulier kunt u toestemming geven aan uw zorgverlener om uw gegevens, waaronder de noodzakelijke medische gegevens en het diagnose – en behandelplan, rechtstreeks toe te zenden aan de zorgverzekeraar. Vanzelfsprekend zullen zowel de zorgverlener als uw zorgverzekeraar zeer zorgvuldig met uw persoonsgegevens omgaan, de van toepassing zijnde wettelijke verplichtingen in acht te nemen en deze gegevens enkel en alleen verwerken voor zover dit nodig is ten behoeve van de aanvraag tot machtiging voor de door u verzochte behandeling.

Ondergetekende verklaart na geïnformeerd te zijn zijn toestemming te geven aan de (onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts handelende) administratieve diensten van het UZ Gent, voor het opsturen van een aanvraag tot machtiging naar de zorgverzekeraar.

Universitair ziekenhuis

Naam zorgverlener: _____

Gegevens verzekerde

Naam en voorletters: _____

Geboortedatum: _____

BSN-nummer: _____

HANDTEKENING VERZEKERDE, VOORAFGEGAAN
DOOR DE HANDGESCHREVEN VERMELDING
"GELEZEN EN GOEDGEKEURD"

DATUM

PLAATS



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be