



Formulier

Borstprothese

Patiënt identificatie of klever van het ziekenfonds

Naam en voornaam gerechtigde :

Adres :

Geboortedatum :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

Identificatie van de aanvrager

Datum

Stempel en handtekening

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart dat Mevrouw

Geboren op _____

wonende te _____

een borstamputatie of een borstsparende ingreep links / rechts heeft ondergaan

op _____

Graag uw tussenkomst voor een borstprothese.

Hoogachtend,

Namens De Borstkliniek

OLV Ziekenhuis Aalst