**Demande d’assistance par le réseau de soins**

**Nom du groupe: VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE CORRECTEMENT ET COMPLÈTEMENT.**

 **N'OUBLIEZ PAS LE NUMERO D’ ENREGISTREMENT NATIONAL DU PATIENT SVP !!!**

**Période de séjour: ………. ………. ……… / ………. ………. ………** Grote Kleppe 🞏 Kleine Kleppe 🞏 Mini-Kleppe 1 🞏 Mini-Kleppe 2 🞏

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU PATIENT** | **Numéro d'enregistrement national du patient – OBLIGATOIRE !!!** | **PERIODE DE SOINS****(Heures ?)**  | **SOINS NECESSAIRES** | **Echelle KATZ** | **Nom prestataire de soins à domicile + N° INAMI** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Envoyez cette demande dès que possible et **au plus tard 1 mois** avant votre séjour à **info@dekleppe.be**
* Ne pas oublier pour votre séjour: **la carte d’identité patient + vignettes mutuelle**