**Aanvraag Zorgnetwerk**

**Naam van de groep: VUL DIT FORMULIER CORRECT EN VOLLEDIG IN AUB ?**

 **VERGEET ZEKER HET RIJKSREGISTERNR NIET AUB !!**

**Verblijfsdatum: ………. ………. ……… / ………. ………. ………** Grote Kleppe 🞏 Kleine Kleppe 🞏 Mini-Kleppe 1 🞏 Mini-Kleppe 2 🞏

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAAM PATIENT** | **IDENTIFICATIENR./RIJKSREGISTER NUMMER PATIENT** **VERPLICHT IN TE VULLEN !!!!!** | **TIJDSTIP VERZORGING** | **AARD/BESCHRIJVING****VERZORGING** | **KATZ-schaal** | **Naam Verpleegkundige** **Thuissituatie**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Stuur deze aanvraag zo spoedig mogelijk en **minstens 1 maand** voor uw verblijf naar**info@dekleppe.be**
* Niet te vergeten voor uw verblijf: **identiteitskaart patiënt + klevers van de mutualiteit**