de kleppe
de bolster vzw

Vakantie doet wonderen

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**