



**Vakantie doet wonderen**

## 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 - DOIT ÊTRE REMPLI !!!!	Période de soins Soins nécessaires	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](mailto:info@dekleppe.be)
- Ne pas oublier pour votre séjour: **la carte d'identité patient + vignettes mutuelle**