

Demande d'assistance par le réseau de soins

Nom du groupe:

Période de séjour: /

Grote Kleppe Kleine Kleppe Mini-Kleppe 1 Mini-Kleppe 2

Nom du patient	Nom prestataire de soins à domicile + N° INAMI	Période de soins	Echelle KATZ	Prestataire de soins De Kleppe <i>(à compléter par De Kleppe)</i>

- 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**