

Aanvraag Zorgnetwerk

Naam van de groep:

Verblijfsdatum: /

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

Naam Patiënt	Naam Verpleegkundige thuisituatie + RIZIV Nr.	Tijdstip Verzorging	KATZ-schaal	Verpleegkundige De Kleppe (aan te vullen door De Kleppe)

- 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**