

**STANDAARDFORMULIER TER NOTIFICATIE VOOR FUNCTIONNELE
MULTIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE**

(Art. 23 van het K.B. van 14 september 1984)

Op te sturen naar de adviserend geneesheer van de VI

| |
|--|
| <u>Identificatie van de rechthebbende</u> : NAAM : Voornaam : Geboortedatum: Adresse : Nr Ziekenfonds : |
|--|

1.1 Code van de verstrekkingen van het revalidatieprogramma: (gelieve aan te kruisen)

- 558014-558025
- 558810-558821
- 558832-558843

Datum van begin van de behandeling :

Codenummer van de aandoening (zie limitatieve lijst §11) :

| | |
|--|---|
| <u>Identificatie van de verstrekker</u> *Indien de revalidatie-arts met een erkenning in revalidatie <u>niet erkend</u> is als geneesheer specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie | <u>Identificatie van de coördinator (verplicht)</u> Geneesheer specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie |
|--|---|

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| NAAM : Voornaam : | NAAM : Voornaam : |
|--------------------------|--------------------------|

| | |
|------------|------------|
| Nr RIZIV : | Nr RIZIV : |
|------------|------------|

| | |
|-----------|-----------|
| Stempel : | Stempel : |
|-----------|-----------|

Datum en handtekening :

Datum en handtekening :