Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
zorgenzekerheid.nl
K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Declaratieformulier

Variabele kosten thuisdialyse

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam ☐ m ☐ v

Straat | Huisnummer

Postcode | Woonplaats

Geboortedatum | Relatienummer

IBAN | T.n.v.

2. Kunt u aangeven van welke soort thuisdialyse u gebruikt maakt om uw declaratie goed te kunnen beoordelen?

☐ Thuisdialyse waarbij overdag gespoeld wordt (CAPD)

of

☐ Thuisdialyse waarbij 's nachts gespoeld wordt (CCPD)

☐ Hemodialyse:

- ☐ 1 tot 3 dialyses per week
- ☐ 4 tot 5 dialyses per week
- ☐ 6 tot 7 dialyses per week

3. Periode Thuisdialyse

van	tot en met

4. Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats | Datum ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Handtekening

Alles ingevuld?

Verstuur deze aanvraag naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden.

ZZ-00151-1220-1.0