

**AANVRAAGFORMULIER¹ OM TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VOOR
LOGOPEDISCHE VERSTREKKINGEN²**

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

Naam – Voornaam :

Straat en huisnummer :

Postcode en gemeente :

Geboortedatum :

Bestemd voor het door de verzekeringsinstelling afgeleverde kleeftbriefje

1. Naam van de logopedist die het bilan en/of de behandelingszitting(en) uitvoert :

Beroepsadres :

Erkenningsnummer :

2. Een tegemoetkoming wordt gevraagd voor :

0 een aanvangsbilan

0 evolutiebilan(s)³

0 een hervaltbilan

0 behandelingszittingen

0 een eerste aanvraag vanaf⁴ :

0 een verlenging vanaf⁴ :

Handtekening van de rechthebbende of van zijn gevolmachtigde met datum

Voorbehouden aan de adviserend arts

Datum van ontvangst van onderhavig formulier :

Beslissing :

0 gunstig

0 andere :

¹ Dit formulier moet door de rechthebbende worden ingevuld en worden ondertekend. Vervolgens dient de rechthebbende het te bezorgen aan de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling.

² Bij dit aanvraagformulier dienen het geneeskundig voorschrift en het logopedisch bilan te worden gevoegd.

³ Het aantal evolutiebilans aanduiden waarvoor een tegemoetkoming wordt gevraagd.

⁴ De datum invullen waarop de logopedische behandeling start.