

B3) Machtiging tot het vergoeden van aangepaste voeding in het kader van coeliakie

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:

.....

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt van tot

(maximum 24 maanden) de vergoeding van de aangepaste voeding.

- Naam en voornamen van de rechthebbende
- Adres
- INSZ-nummer.

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

C4) Aanvraag tot een tegemoetkoming voor aangepaste voeding in het kader van coeliakie.

<u>Identificatie van de rechthebbende</u>
Naam, voornaam:.....
Adres:.....
Geboortedatum:.....
INSZ-nummer:.....

Machtiging van type B3)

MEDISCHE GEGEVENS

Diagnose:.....

Omstandige beschrijving van de klinische toestand van de rechthebbende:

Resultaten van histologische en serologische tests

Identificatie van de geneesheer-specialist

(invullen of stempel aanbrengen)

Naam, voornaam:.....

RIZIV-nummer:.....

Datum:.....

Handtekening:.....