

Wilt u zo vriendelijk zijn onderstaande gegevens zo volledig mogelijk in te vullen.
Hierdoor kunnen wij onze financiële administratie zo snel en correct mogelijk afhandelen.

Indien wij behandelingen niet of niet volledig bij uw zorgverzekeraar kunnen declareren of deze het debiteurenrisico niet overneemt, ontvangt u van ons een factuur voor het ontbrekende bedrag.

Voorletters _____ Achternaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoonnr _____ Mobielnr _____

BSN nummer _____

Identificatienummer _____ Paspoort / ID-kaart / rijbewijs *

Huisarts _____ Telefoonnr _____

Specialist _____ Ziekenhuis _____

Zorgverzekeraar _____ UZOVI nr _____

Polisnr _____

Aanvullend verzekerd voor fysiotherapie JA / NEE * Pakketnaam _____

Aantal behandelingen per jaar / per indicatie / bedrag per jaar * € _____

Aantal behandelingen dat u dit jaar al heeft gebruikt (ook indien dit elders is geweest) _____

Ondergetekende geeft toestemming om relevante informatie te verstrekken aan huisarts / specialist

JA / NEE / N.V.T *

Ondergetekende heeft alle vragen naar waarheid ingevuld en is op de hoogte van bovenstaande voorwaarden

Datum _____ Handtekening _____