



Medische Dienst Stichting Staatsziekenfonds  
 Adres: Frederik Derbystraat 107-111  
 Telefoon: 597/477101 Ext# 294 / 427713  
 Fax: 597/478915  
 E-mail: MedischeDienst@staatsziekenfonds.sr

**AANVRAAG FORMULIER  
 VOOR THUISZORG OF OPNAME VERPLEEGHUIS**

**AANVRAGER:**

(Omcirkelen wat van toepassing is)

**ZIEKENHUIS: AZP - DH - RKZ - LH - SZN - RCR**

**De gegevens van de patiënt(e)**

**Naam:** .....

**Geboortedatum:** .....

**SZF-nr.:** .....

**Zorg-adres:** .....

Opname indicatie: .....

Opnamedatum: ..... Ontslagdatum: .....

Omschrijving van de benodigde zorg (incl.geschatte duur): .....

.....  
 .....

Datum:

(Naam, handtekening en stempel v/d behandelend arts)

-----  
*Hieronder in te vullen door de Medische Dienst SZF*

**O Afgewezen**

**O Gehonoreerd: - Thuiszorg: wondbehandeling / palliatieve zorg / andere  
 verpleegtechnische zorg**

**- Opname verpleeghuis**

Duur: ..... Ingaande: ..... Max. bedrag: .....

Datum:

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)

**Contact persoon van de patient:**

Echtgenoot /echtgenote; concubaan/concubine; zoon/dochter; .....

Naam:.....

Adres:.....

Telefoon nummers:.....

Gehonoreerd voor:.....

Naam thuiszorgorganisatie/verpleeghuis:.....

Ondergetekende verklaart hierbij het thuiszorgformulier ingevuld te hebben en akkoord te gaan met bovengenoemde thuiszorgorganisatie/verpleeghuis.

Handtekening verzekerde/contactpersoon: .....