

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

(Niet volledig ingevulde formulieren nemen we niet in behandeling!)

1 Algemene gegevens

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>		
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>			Land	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Burgerservicenummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Polisnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						

Wilt u naar een gecontracteerde leverancier? Bel dan naar EuroCross op 071 364 17 07. U heeft dit formulier dan niet nodig.

Wilt u naar een niet gecontracteerde leverancier? Laat dan dit formulier invullen door uw arts en stuur het naar ons op.

2 Medische gegevens (in te vullen door de behandelend arts)

Wat is de medische indicatie?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> COPD, welk GOLD stadium? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ernstige astma | <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 met insulinegebruik |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, voelt een aanval aankomen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Hartfalen | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Carcinoom met metastasen | <input type="checkbox"/> CVA |
| <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> MS |
| <input type="checkbox"/> ALS | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Overige ernstige medische aandoeningen |

Toelichting bij overige ernstige medische aandoeningen en/of algemene opmerkingen:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Welke relevante hulpmiddelen en/of medicatie gebruikt verzekerde?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3 Aanvullende gegevens (in te vullen door de behandelend arts)

- Woont verzekerde alleen? Ja Nee
- Heeft verzekerde een verhoogde kans in een noodsituatie te komen? Ja Nee
- Is er dan direct hulp van buitenaf nodig om ernstige complicaties te voorkomen? Ja Nee
- Zo ja, wat zijn de mogelijke complicaties?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4 Ondertekening behandelend arts

Naam of stempel behandelend arts

<input type="text"/>

Handtekening behandelend arts

<input type="text"/>

Datum - -

Stuur dit formulier in een envelop naar: De Friesland, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.