

1 Uw gegevens

Naam	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Telefoon mobiel	<input type="text"/>	Relatienummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>		

2 Informatie over de behandeling

In welk land heeft u kosten gemaakt?

Wat is er gebeurd en welke medische zorg kreeg u?

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

3 Uw gemaakte kosten

Tip: Voorkom vertraging, stuur alle informatie mee die u ontving van uw zorgverlener. Stuur bij geplande zorg ook de verwijzing mee.

Geboortedatum patiënt	Naam en soort zorgverlener (bijv. ziekenhuis/ huisarts/ apotheek)	Behandeldatum	Bedrag en munteenheid	Heeft u contact gehad met Eurocross?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Valuta <input type="text"/> Bedrag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

4 Uw verklaring

Ik verklaar dat de informatie die ik gaf klopt. Ik heb geen belangrijke informatie geheimgehouden.

Datum - -

Declareer via mijn.defriesland.nl. Of print dit formulier uit en stuur het op naar:
De Friesland Zorgverzekeraar, postbus 270, 8901 BB Leeuwarden