

## FORFAITAIRE BETALING

### KENNISGEVING VAN EINDE VAN INSCHRIJVING BESLISSING VAN DE INGESCHREVENE

---

#### VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Verbond of Gewestelijke dienst: .....

Benaming: .....

Adres: .....

---

#### INGESCHREVENE

NAAM – VOORNAAM: .....

Adres: .....

Rijksnummer: .....

Deze rechthebbende, ingeschreven bij het medisch huis sedert: .....

heeft beslist zijn inschrijving niet meer te verlengen vanaf: .....

Motief toevoegen :

Uitschrijving door de patiënt	Code
Verhuis : de patiënt woont niet meer in de activiteitengebied	201
Conflict met de zorgverlener of een personeelslid van het MH	202
Opname in een instelling (ouderenzorg of andere)	203
Niet naleving van de regels van het MH	204
De patiënt wenst andere zorgverleners dan die van het MH raadplegen	205
Alternatieve ondersteuning waarbij één ouder niet in het activiteitengebied leeft	206
De patiënt wenst een aangestelde zorgverlener binnen het MH maar het is niet mogelijk	207
Persoonlijke reden	208

---

De rechthebbende

De verantwoordelijke van het medisch huis

Datum: .....

Datum: .....

Handtekening<sup>(1)</sup>: .....

Handtekening: .....

Depoot Peter  
Directeur

Document in tweevoud op te maken:

document voor de rechthebbende<sup>(2)</sup>

document voor het medisch huis<sup>(2)</sup>

- (1) Handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger noodzakelijk in het geval van een minderjarige die de leeftijd van 14 jaar nog niet bereikt heeft. De wettelijke vertegenwoordiger moet worden geïdentificeerd via zijn naam, voornaam en rijksregisternummer.
- (2) Schrappen wat niet past.

Datum:

Geachte dokter,

Met dit formulier bevestig ik,

het medisch dossier van mijzelf en van mijn familie (schrappen indien niet van toepassing), door te sturen naar mijn toekomstige huisarts,

Naam:.....

Adres:.....

Postcode/Stad:.....

Naam van de familieleden:

-

-

-

-

-

Gelieve het dossier over te maken vanaf:

Met vriendelijke groeten,  
Handtekening van patiënt: