

1 Verzekerde

Relatienummer	<input type="text"/>		
Collectiviteit	<input type="text"/>		
Naam en voorletters	<input type="text"/>		
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Nationaliteit	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>		

2 Indicatie (eigen verklaring)

Medische indicatie	<input type="text"/>
Therapie tot op heden	<input type="text"/>
Huidige medicatie	<input type="text"/>
Reden van behandeling in het buitenland	<input type="text"/>
Verwezen voor indicatie <i>(let op, verwijzing meesturen, zie punt 4)</i>	<input type="text"/>
Datum van behandeling	<input type="text"/>

3 Gegevens buitenlandse instelling

Naam instelling	<input type="text"/>		
Adres instelling	<input type="text"/>		
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>	Faxnummer	<input type="text"/>
Internetadres	<input type="text"/>		

4 Benodigde gegevens meesturen voor definitieve beoordeling

- Mee te sturen gegevens
- Ingevuld aanvraagformulier;
 - Verwijzing huisarts of medisch specialist;
 - Medische indicatie met behandelplan medisch specialist buitenland;
 - Bij voorkeur voorzien van offerte.

Let op, zonder deze benodigde gegevens kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen.

5 Aanvullende opmerkingen

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

6 Ondertekening

Plaats	<input type="text"/>		
Datum	<input type="text"/>	Handtekening verzekeringnemer	<input type="text"/>

**U kunt dit formulier aan ons faxen of per post versturen naar Achmea Zorg, Competence Center Buitenland, Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam. Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling.
U kunt dit formulier ook downloaden via www.achmeazorg.nl**