# 

# FORMULIER BESTEMD VOOR diëtiek

|  |
| --- |
| **TOEPASSING K.B. 12.12.96** |

**INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B.**

## Ondergetekende ………………………………………………………………………… bevestigt hierbij dat er

**dringende diëtiek** is uitgevoerd vanaf *(prestatiedatum):* ………………..….……….

op voorschrift van dokter *(naam + adres): ….*……………………………………………………….……

voor volgende patiënt *(naam + adres):* ...……………………………………………….………………....

….….…………..……………. *(geboortedatum)* …………………..…………………….….. *(nationaliteit).*

Datum : ………………………..

Stempel + handtekening

**Gelieve het formulier van de voorschrijvende arts bij te voegen.**

**Opgelet**: een patiënt met zorgmodel ‘Opvolging van een patiënt met diabetes type 2’ heeft recht op terugbetaling van bepaalde diëtetiekverstrekkingen die de (huis)arts voorschreef. Gelieve dan ook **deel 2 van het formulier voor de voorschrijvende arts** te laten invullen**.**

Meer info op <https://stad.gent/medische-kaart-info-zorgverleners>

Of mail naar [administratie.gezondheidszorg@ocmw.gent](mailto:administratie.gezondheidszorg@ocmw.gent)

**Binnen de 30 dagen na prestatiedatum bezorgen aan:**

OCMW Gent - Themawerking Gezondheidszorg

Botermarkt 1

9000 Gent

NLogoGent_wijd_vectorschaduw_kleur