# 

# FORMULIER BESTEMD VOOR DRINGEND ZIEKENHUISVERVOER

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

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

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

een **dringend ziekenhuisvervoer** uitgevoerd is op …………………….. *(prestatiedatum)*

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

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

Datum : ………………………..

Stempel + handtekening

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