# 

# FORMULIER BESTEMD VOOR KINESITHERAPIE

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

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

## Ondergetekende …………….……………………………….………… bevestigt hierbij dat er **dringende**

## **kinesitherapiebehandeling** 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.**

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