



# Declaratieformulier stroomkosten in verband met thuisbeademing

(graag per kwartaal declareren)

## Belangrijk om te weten

Dit formulier geldt alleen voor stroomkosten bij het gebruik van apparatuur bij mechanische thuisbeademing.  
Stroomkosten met betrekking tot het gebruik van CPAP- of zuurstofapparatuur kunnen **niet** gedeclareerd worden.

Relatienummer verzekerde: .....

Naam verzekerde: .....

Adres: .....

Postcode / Woonplaats: .....

Geboortedatum: .....

Telefoonnummer: .....

## Voor welk kwartaal declareert u?

Kwartaal 1 - jaartal .....

Kwartaal 2 - jaartal .....

Kwartaal 3 - jaartal .....

Kwartaal 4 - jaartal .....

## Wat is de naam van het ziekenhuis / zelfstandig behandelcentrum waar u in behandeling bent?

Naam instelling ..... Plaatsnaam .....

Let op, alleen volledig ingevulde declaratieformulieren kunnen in behandeling worden genomen.

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld d.d.: .....

Handtekening verzekerde: .....



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.  
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de CZ Klantenservice, telefoonnummer 088 555 77 77.