



# Declaratieformulier kosten CAPD/CCPD/Thuishemodialyse

(svp per maand declareren)

Relatienummer verzekerde: .....

Naam verzekerde: .....

Adres: .....

Postcode / Woonplaats: .....

Geboortedatum: .....

Telefoonnummer: .....

Bankrekening (IBAN):

BIC\*:

\* Hoeft alleen ingevuld te worden voor niet-Nederlandse bankrekeningen

Ingangsdatum:	Einddatum	Aantal dagen gedialyseerd
(1e dag van de maand of begindatum behandeling)	(laatste dag van de maand of einddatum behandeling)	
.....	.....	.....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemodialyse 1 - 3 keer per week | <input type="checkbox"/> Hemodialyse om de dag |
| <input type="checkbox"/> Hemodialyse 4 - 5 keer per week | <input type="checkbox"/> CAPD-methode          |
| <input type="checkbox"/> Hemodialyse 6 - 7 keer per week | <input type="checkbox"/> CCPD (APD)            |

Bent u in deze periode in het ziekenhuis opgenomen geweest?

Nee     Ja, van ..... (datum opname) tot en met ..... (datum ontslag)

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.

476.001.001.001.1714