

Relatienummer: _____
Naam verzekerde: _____
Adres: _____
Postcode / Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Telefoonnummer: _____

Kruis aan wat voor soort behandeling u krijgt:

- Hemodialyse 1 - 3 keer per week
 Hemodialyse 4 - 5 keer per week
 Hemodialyse 6 - 7 keer per week
 Hemodialyse om de dag
 CAPD-methode
 CCPD (APD)

Ingangsdatum

(1^e dag van de maand of begindatum
behandeling)

Einddatum

(laatste dag van de maand
of einddatum behandeling)

Aantal dagen gedialyseerd

Bent u in deze periode in het ziekenhuis opgenomen geweest?

- Nee
 Ja, totaal _____ dagen (aantal opnamedagen invullen)

Let op, Nationale-Nederlanden kan uw declaratie alleen in behandeling nemen als deze volledig is ingevuld!

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

Handtekening verzekerde: _____

Dit formulier kunt u sturen naar Nationale-Nederlanden, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg.

Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de Klantenservice Zorg, telefoonnummer 026 353 53 53.

Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg KvK 27118912 en OWM CZ groep U.A. te Tilburg KvK 18028752. Deze N.V. en OWM behoren tot CZ groep te Tilburg.
Nationale-Nederlanden, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg, www.nn.nl, Tel. +31 (0)26 353 53 53