



**Nationaal Verbond  
van Socialistische Mutualiteiten**

Dienst Medische Administratie en Akkoorden  
Sint Jansstraat 32, 1000 Brussel  
Tel. 02 515 03 71 – Fax 02 515 04 59  
E-mail: med.300@socmut.be

*Kleef hier een klever  
van de Mutualiteit  
of vul onderstaande gegevens in:*

**Gelieve het volledig ingevulde formulier zo snel mogelijk te faxen of mailen naar bovenstaande contactgegevens.**

**► GEDEELTE DOOR DE KUURGANGER IN TE VULLEN:**

**Naam:** \_\_\_\_\_  
**Voornaam:** \_\_\_\_\_  M  V\*  
**Straat:** \_\_\_\_\_  
**Nr.:** \_\_\_\_\_ **Bus:** \_\_\_\_\_ **Postcode:** \_\_\_\_\_  
**Gemeente:** \_\_\_\_\_  
**Geboren op:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ **Lidnr. Ziekenfonds:** \_\_\_\_\_  
**E-mail:** \_\_\_\_\_  
**Telefoon:** \_\_\_\_\_  Nederlandstalig\*  
**Gsm:** \_\_\_\_\_  Franstalig

**Naam en voornaam van de persoon die samen met de kuurganger zal verblijven:**  
 \_\_\_\_\_  M  V\*

Is de begeleider hulpbehoevend? Gelieve dan een 2<sup>de</sup> aanvraag in te dienen.

**KEUZE (HERSTEL)CENTRUM\*:**

- Ik kies voor een verblijf in één van de herstelcentra van de Socialistische Mutualiteiten ('De Branding' in Wenduine of 'DeCeder' in Deinze)
- Ik kies voor een verblijf in het centrum 'Les Heures Claires' te Spa

**KAMERKEUZE\***

- Ik kies voor een eenpersoonskamer
- Ik kies voor een tweepersoonskamer

**► GEDEELTE DOOR HET ZIEKENFONDS IN TE VULLEN:**

In regel met de vrije en aanvullende verzekering tot \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Nagezien door: \_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**► GEDEELTE DOOR DE MEDISCHE DIRECTIE VAN HET NVSM IN TE VULLEN:**

Gunstig – categorie **1 2 3 3b**  Ongunstig  
**Opmerkingen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**► GEDEELTE DOOR DE BEHANDELEND GENEESHEER IN TE VULLEN :**

Deze informatie is onmisbaar voor de medische behandeling tijdens de kuur, gelieve deze zo volledig mogelijk en in duidelijke drukletters in te vullen.

**Ondergetekende, (naam, adres, telefoon en e-mail geneesheer):**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**adviseert een herstelkuur voor hiernaast vermelde patiënt ten gevolge van:**  
 Ziekte  Heelkundige ingreep\* **Begindatum :** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Hospitalisatie van \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ tot \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Gedetailleerde diagnose:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Huidige zelfredzaamheid of KATZ-schaal\***

**De patiënt kan zonder hulp :**

- Zich verplaatsen  ja  neen  moeilijk
- Zijn toilet maken  ja  neen  moeilijk
- De trap gebruiken  ja  neen  moeilijk

**De patiënt\***

- heeft incontinentie:   
 · urinaal  ja  neen  
 · fecaal  ja  neen
- is rolstoel gebonden  ja  neen

**De geestestoestand stelt problemen voor het centrum of voor de andere kuurgangers\*:**  ja  nee  te letten op

Eventuele toelichtingen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Behandeling(en) voort te zetten tijdens de kuur:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Speciaal dieet: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

↳ Datum + handtekening en stempel geneesheer

\*kruis aan wat van toepassing is