

Ingangsdatum aanmelding/mutatie:

Naam zorginstelling: Locatie zorginstelling:

Naam cliënt: Geboortedatum:

BSN nummer: Geslacht: Man Vrouw

Aanmelding

Afdeling: Kamer:

Interne verhuizing binnen zorginstelling

Oud adres:

Nieuw adres:

Externe verhuizing

Oud adres:

Nieuw adres:

Overleden

Datum:

Afmelding

Datum:

Ingevuld door:

Handtekening:

Na invullen en ondertekening kunt u het formulier sturen per fax naar **088-2370155** of per post naar:
Postbus 909, 9700 AX Groningen, t.a.v. Certe Trombosedienst.

* Per 01.01.2018 kan de trombosezorg voor Wlz-cliënten met behandeling niet meer bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Dit dient bij de zorginstelling te gebeuren. Met dit formulier kan Certe Wlz- cliënten onderscheiden van niet-Wlz-cliënten en ervoor zorgen dat de declaratie goed verloopt.