

AANVRAAGFORMULIER MEDISCHE INDICATIE

Op eigen verzoek

DOOR WONINGZOEKENDE IN TE VULLEN:

Naam : _____ **Voornaam** : _____

Geb.datum : _____ **Adres** : _____

Postcode : _____ **Woonplaats** : _____

Telefoon : _____ **Huisarts** : _____

Registratienummer: _____

Ondergetekende machtigt hierbij de behandelend arts(en) tot het verstrekken van medische informatie aan de arts van de C.I.Z.

Cliënt gaat akkoord met het voldoen van de volledige kosten van een consult zoals de CIZ deze in rekening zal brengen. Cliënt gaat tevens akkoord dat er een kopie van de beslissing naar Woonborg verstuurd wordt.

Let op! Punten worden alleen toegekend indien u de afgelopen tien jaar minstens zes jaar binnen ons werkgebied gewoond heeft.

Plaats: _____

handtekening: _____

datum: _____

DOOR C.I.Z. IN TE VULLEN:

Op datum: _____ is de volgende urgentie vastgesteld:

Geen urgentie **toelichting:** _____

Noodzakelijk _____

Noodgeval _____

Naamstempel en handtekening:

Adres CIZ afdeling maatschappelijke ondersteuning:
Postbus 1072, 7801 BB Emmen
Telefoonnummer: 0591 – 65 65 65

DOOR WOONBORG IN TE VULLEN:

Toegekende urgentie _____ **punten** .d. d _____ **paraaf** _____