

## HOSPITALISATIE AANGIFTE S28/1 N

**Inlichtingen te verstrekken door de gehospitaliseerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger**

**Terugsturen naar** : DKV Belgium S.A./N.V. | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Fax: **02 278 20 30** | Tel.: **02 287 64 11**

**Individueel polisnummer**

**Groepspolis**

**Matrikelnummer**

**Naam / voornaam gehospitaliseerde persoon:** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum:**   /   /

**Adres verzekerde persoon:** \_\_\_\_\_

**Telefoonnr.:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**Mutualiteitstatus:**  grote en kleine risico's  grote risico's  zonder

**Aanvullende verzekering mutualiteit ?**  Ja  Nee **Indien ja, naam:** \_\_\_\_\_

**Hospitalisatie:** **VAN**   /   /     **TOT**   /   /

**Hospitalisatie in:**  eenpersoonskamer  tweepersoonskamer  gemeenschappelijke kamer

**Eendagskliniek (One-day clinic) in:**  eenpersoonskamer  tweepersoonskamer  gemeenschappelijke kamer

**Naam, campus en adres van het ziekenhuis:** \_\_\_\_\_

**Naam en adres van de huisarts:** \_\_\_\_\_

<b>ZIEKTE</b>	<b>Juiste aard van de ziekte:</b>			
	<b>Datum van het eerste optreden:</b>			
	<b>Oorzaak van de ziekte:</b>			
	<b>Aard van de behandeling:</b>			
<b>ONGEVAL</b>	<b>Aard van het ongeval:</b>	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Arbeid	<input type="checkbox"/> School
	<b>Aard van de letsels:</b>			
	<b>Aard van de behandeling:</b>			
	<b>Datum en uur van het ongeval:</b>			
	<b>Plaats, oorzaak en omschrijving van het ongeval:</b>			
	<b>Is een derde betrokken bij het ongeval ?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
<b>ANDERE</b>	<b>Reden:</b>	<input type="checkbox"/> Bevalling	<input type="checkbox"/> Kunstmatige bevruchting	<input type="checkbox"/> Sterilisatie <input type="checkbox"/> Esthetische behandeling
	<b>Indien andere, beschrijving en oorzaak:</b>			
	<b>Aard van de behandeling:</b>			

Voor echt verklaard, handtekening \_\_\_\_\_

**Datum:** ...../...../20...