



## Meldingsformulier Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg onverzekerden

*U kunt dit formulier faxen naar GGD GHOR Nederland, faxnummer 030-2817536.*

***We willen u dringend verzoeken om het formulier digitaal in te vullen.***

**Intern volgnummer:** \_\_\_\_\_

### **Gegevens melder en zorgverlener:**

Melder: \_\_\_\_\_

E-mailadres melder: \_\_\_\_\_

Zorgverlener (kan dezelfde zijn als melder): \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

BIG code: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer zorgverlener: \_\_\_\_\_

Organisatie van de zorgverlener: \_\_\_\_\_

AGB code instelling: \_\_\_\_\_

### **Gegevens cliënt:**

Voorletter(s): \_\_\_\_\_ Tussenvoegsel(s): \_\_\_\_\_

Achternaam \_\_\_\_\_ M/V: \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Nationaliteit: \_\_\_\_\_

BSN nummer: \_\_\_\_\_

Verzekeringsplichtig? (ja/nee/onbekend): \_\_\_\_\_

Reden van onverzekertheid: \_\_\_\_\_



## Verleende Zorg

Omschrijving verleende zorg:

---

Inschatting vervolg zorg:

---

Datum zorgverlening: \_\_\_\_\_

Datum melding: \_\_\_\_\_

Prestatiecode: \_\_\_\_\_

Indien DBC:

Datum opening DBC-code: \_\_\_\_\_

Datum sluiting DBC-code: \_\_\_\_\_

Toestemmingsverklaring aanwezig?    Ja  
**(NB. invoer noodzakelijk)**                    Nee

Bijzonderheden:

---