



Medisch getuigschrift hulp van een andere persoon
 Beroepszietwetgeving voor de privésector

- in te vullen door de arts -

< *Opgelet: het indienen van dit getuigschrift vereist dat de formulieren 501 N en 503 N al ingevuld werden.*

1. Identiteit van de patiënt

Rijksregisternummer	<input type="text"/>	< zie achteraan identiteitskaart
Naam	<input type="text"/>	< voor vrouwen: meisjesnaam
Voornaam	<input type="text"/>	< officiële voornaam
Geboortedatum	<input type="text"/>	< dag/maand/jaar

2. Medische gegevens

→ Kan de patiënt zonder hulp van een andere persoon

	Ja	Nee		Ja	Nee
zich buitenshuis verplaatsen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zich volledig wassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zich binnenshuis verplaatsen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	het bovenlichaam wassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
een maaltijd bereiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gebruik maken van de w.c.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
een maaltijd gebruiken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	de hele dag zonder toezicht blijven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zijn woning onderhouden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vier uur lang zonder toezicht blijven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Is de patiënt	<input type="checkbox"/> bedlegerig <input type="checkbox"/> rolstoelgebonden <input type="checkbox"/> afhankelijk van zuurstoftherapie
Is de hulp van een andere persoon ook nodig wegens een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien ja, welke?
Werd de patiënt gedurende de laatste 12 maanden in het ziekenhuis opgenomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien ja, voeg de hospitalisatieverslagen toe
Is de behoefte aan hulp van blijvende aard?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien nee, tot wanneer is deze hulp nodig? __ / __ / __

3. Identiteit van de arts

Naam	<input type="text"/>	Stempel
Adres	<input type="text"/>	
Telefoon	<input type="text"/>	
Fax	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>	

De hulp van een andere persoon is nodig omwille van een beroepsziekte. Ik bevestig dat ik dit getuigschrift oprecht en volledig heb ingevuld. Ik ben bereid aanvullende gegevens te verstrekken aan de artsen van Fedris.

Datum: __ / __ / ____ Handtekening: