



Aanvraag voor thuiszorg/ verpleeghuiszorg (Formulier A-B)

Aanvraagnummer.:

A) De gegevens van de patiënt(e)

Naam:
Geboortedatum:
SZF-nr.:
Zorg-adres:

(Omcirkelen wat van toepassing is)

ZIEKENHUIS: AZP-DH -RKZ-LH-MMC

Opnamedatum: Ontslagdatum:

| |
|---|
| Ontslag diagnose: |
| Indicatie voor thuiszorg/ opname verpleeghuis: |
| Omschrijving van de benodigde zorg (incl.geschatte duur): |

Datum:

(Naam, handtekening en stempel v/d behandelend arts)

Hieronder in te vullen door de Medische Dienst SZF

Gehonoreerd Thuiszorg: wondbehandeling / palliatieve zorg / andere verpleegtechnische zorg

Gehonoreerd Opname verpleeghuis

Duur: Ingaande: Max. bedrag:
.....

Afgewezen

Opmerking:.....
...

Datum:

(Handtekening en stempel arts SZF Medische

Dienst)



B) Contact persoon van de patiënt

Echtgenoot /echtgenote; concubaan/concubine; zoon/dochter;

Naam:

.....

.....

Adres:

.....

.....

Telefoon nummers:

.....

Naam thuiszorgorganisatie/verpleeghuis:

Ondergetekende verklaart hierbij het thuiszorgformulier ingevuld te hebben en akkoord te gaan met bovengenoemde thuiszorgorganisatie/verpleeghuis.

Datum,

Handtekening verzekerde/contactpersoon



**Stichting Staatsziekenfonds
State Health Foundation**

**Frederick Derbystraat 107-111,
Paramaribo**

Tel.: (597) 477-101

Fax.: (597) 476-853

E-mail: stgszf@sr.net

Gelieve dit formulier in te leveren bij de Medische Dienst van het SZF van maandag t/m vrijdag tussen 08:00-13:00 uur; Frederik Derbystraat nr. 107-111.