**Bijlage 46a**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)** | Referenties | |
|  | Inricht. |  |
| Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 18°, van de | V.I. |  |
| gecoördineerde wet van 14 juli 1994 |

Erkenningsnummer 

Benaming: .............................................................................................................................................................................................................................

Adres: ...................................................................................................................................................................................................................................

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum 

Benaming: ............................................................................................................................................................................................................................

Adres: ...................................................................................................................................................................................................................................

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer 

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM – Voornaam: ................................................................................. | Geboortedatum: ............................................................................................. |

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1)

GERECHTIGDE

Inschrijvingsnummer 

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM – Voornaam: ................................................................................. | Geboortedatum: .............................................................................................. |

Adres: .........................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Opnemingsdatum (2) .................................... uur: ............................................... | BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER |
| Datum van aanvraag: ............................................................................................ |  |
| Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is – zal worden (1) opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld. | Akkoord van .............................. tot ................................................. |
| Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag. | Weigering vanaf:..................................................................................... |
| Het betreft hier: een eerste aanvraag – een verlenging – een transfer – een wederopneming (1) | Eventuele opmerkingen: ........................................................................  ..............................................................................................................  .............................................................................................................. |
| Bij wederopneming of transfer: het akkoord van......................................................  tot blijft verder gelden. |
| Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T. | Datum: ................................................................................................. |
| De verantwoordelijke van de inrichting, | Handtekening en stempel adviserend geneesheer, |
| Datum: ................................................................................................................... | ............................................................................................................. |
| Handtekening – Naam: ......................................................................................... |  |

1. Schrappen wat niet past.
2. Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld. Exemplaar bestemd voor de adviserend geneesheer.

126