

# Aanvraagformulier Overname hulpmiddel

Formulier dient ingevuld te worden door uw vorige zorgverzekeraar of leverancier hulpmiddelen.

## Gegevens verzekerde

Relatienummer		
Voorletter(s) en achternaam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoonnummer	Privé	Zakelijk
E-mailadres		
Ingangsdatum overname		

## Hulpmiddel 1 *(betreffend hokje aankruisen)*

Omschrijving	
Aanschafdatum	
Aanschafprijs	
Naam leverancier	
Is het hulpmiddel individueel aangepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Hulpmiddel 2 *(betreffend hokje aankruisen)*

Omschrijving	
Aanschafdatum	
Aanschafprijs	
Naam leverancier	
Is het hulpmiddel individueel aangepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Hulpmiddel 3 *(betreffend hokje aankruisen)*

Omschrijving	
Aanschafdatum	
Aanschafprijs	
Naam leverancier	
Is het hulpmiddel individueel aangepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Hulpmiddel 4 *(betreffend hokje aankruisen)*

Omschrijving	
Aanschafdatum	
Aanschafprijs	
Naam leverancier	
Is het hulpmiddel individueel aangepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Hulpmiddel 5 *(betreffend hokje aankruisen)*

Omschrijving	
Aanschafdatum	
Aanschafprijs	
Naam leverancier	
Is het hulpmiddel individueel aangepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Hulpmiddel 6 *(betreffend hokje aankruisen)*

Omschrijving	
Aanschafdatum	
Aanschafprijs	
Naam leverancier	
Is het hulpmiddel individueel aangepast?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

## Ondertekening

Voorletter(s) en achternaam	
Naam ziekenhuis/zorginstelling	
Plaatsnaam	
Handtekening	

### Dit formulier kunt u sturen naar:

OHRA  
Postbus 4172  
5004 JD Tilburg.

### Heeft u vragen?

Dan kunt u contact opnemen met OHRA Klantenservice, telefoonnummer: 026 400 40 40.