

# Declaratieformulier CAPD/CCPD/Thuishemodialyse

Met dit formulier kunt u kosten declareren die te maken hebben met CAPD, CCPD of hemodialyse in de thuissituatie. (alstublieft per maand declareren)

## Gegevens verzekeringnemer

Voorletter(s) en achternaam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Land		
Geboortedatum		
Relatienummer		
Telefoonnummer	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Zakelijk
E-mailadres		
<input type="checkbox"/> Ja, ik wil van OHRA informatie en interessante aanbiedingen ontvangen via e-mail		

## Soort behandeling

<input type="checkbox"/> Hemodialyse 1 - 3 keer per week	<input type="checkbox"/> Hemodialyse om de dag
<input type="checkbox"/> Hemodialyse 4 - 5 keer per week	<input type="checkbox"/> CAPD-methode
<input type="checkbox"/> Hemodialyse 6 - 7 keer per week	<input type="checkbox"/> CCPD (APD)

(alstublieft aankruisen)

## Periode en aantal dagen behandeling

Ingangsdatum (1e dag van de maand of begindatum behandeling)	
Einddatum (laatste dag van de maand of einddatum behandeling)	
Aantal dagen gedialyseerd	

## Opname ziekenhuis

Bent u in deze periode in het ziekenhuis opgenomen geweest?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, totaal	dagen
---	------------------------------	-------------------------------------	-------

(aantal opnamedagen invullen)

## Let op!

OHRA kan uw declaratie alleen in behandeling nemen als deze volledig is ingevuld!

## Ondertekening

Ondergetekende verklaart bovenstaande gegevens volledig en naar beste weten te hebben ingevuld.

Plaats	
Datum (dd-mm-jjjj)	
Handtekening verzekerde of diens gevolmachtigde	

Dit formulier kunt u sturen naar OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg.

Heeft u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de OHRA Klantenservice, telefoonnummer 026 400 40 40.