# 

# FORMULIER BESTEMD VOOR DE LOGOPEDIST

|  |
| --- |
| **TOEPASSING K.B. 12.12.96** |

**INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B.**

## Ondergetekende …………….…………………………………………… bevestigt hierbij dat **dringende**

## **logopedische zorgen** zijn uitgevoerd vanaf (*prestatiedatum)* …………………………………………

op voorschrift van dokter *(naam + adres): ….*…………………………………………………………….……

voor volgende patiënt *(naam + adres):* ...……………………………………………………………………....

……..….…………..……………. *(geboortedatum)* …………………..…………………….….. *(nationaliteit).*

Datum : ………………………..

Stempel + handtekening

**Gelieve volgende documenten toe te voegen :**

* logopedisch bilan
* therapeutisch plan
* het formulier van de voorschrijvende arts
* verslag met aard, oorzaak en omvang van het letsel
* voorschrift van een specialist in oto-rhino-laryngologie, psychiatrie, neurologie, neuropsychiatrie, neurochirurgie, kindergeneeskunde of inwendige geneeskunde

Meer info op <https://stad.gent/medische-kaart-info-zorgverleners>

Of mail naar [administratie.gezondheidszorg@ocmw.gent](mailto:administratie.gezondheidszorg@ocmw.gent)

**Binnen de 30 dagen na prestatiedatum bezorgen aan:**

OCMW Gent - Themawerking Gezondheidszorg

Botermarkt 1

9000 Gent

NLogoGent_wijd_vectorschaduw_kleur