#

# FORMULIER BESTEMD VOOR OPTICIEN

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

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

## Ondergetekende ………………….………………………………………………………..…… bevestigt hierbij dat

## **dringend** volgend materiaal werd afgeleverd op ………………………………………… (*afleverdatum).*

###### Beschrijving materiaal Nomenclatuurnummer

 **(indien van toepassing)**

………………………………………………………….. …………………………………….

………………………………………………………….. …………………………………….

………………………………………………………….. …………………………………….

………………………………………………………….. …………………………………….

………………………………………………………….. …………………………………….

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

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

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

Datum : ………………………..

Stempel + handtekening

**Gelieve het formulier van de voorschrijvende arts bij te voegen.**

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

Of mail naar administratie.gezondheidszorg@ocmw.gent

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

OCMW Gent - Themawerking Gezondheidszorg

Botermarkt 1

9000 Gent

