

Beweeg- & voedingsadvies

Aanvraag om tegemoetkoming vanuit de aanvullende verzekering van het ziekenfonds

VERKLARING OP EREWOORD

van toepassing vanaf 01.01.2017

Ondergetekende (naam en adres verstrekker/instelling hieronder invullen)

| gegevens bewegcoach |
|------------------------------|
| |
| |
| |
| erkenningsnummer: 263/ |

| gegevens diëtist(e) |
|---------------------|
| |
| |
| |
| RIZIV-nummer: |

bevestigt dat (naam/voornaam)

kleefvignet ziekenfonds aanbrengen of gegevens invullen:
 woonplaats:
 lidnummer: 309/

Een bedrag van euro betaald heeft voor:

- Beweegadvies** (AV 263) van een erkend geschoold BM fit&wel-beweegcoach
 Voedingsadvies (AV 272) van een erkend geschoold diëtist bij eetstoornissen

op volgende data:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bovengenoemde behandeling(en) werd(en) uitgevoerd op voorschrift van dr.
 (doktervoorschrift bijvoegen!)

Datum/...../.....

Handtekening en stempel.