

1 Gegevens Patiënt/Verzekerde

Relatie-/Polisnummer

Naam en voorletters

Straatnaam/huisnummer

Postcode/woonplaats

Geboortedatum Geslacht man vrouw

Verzekerd bij

- 2 Gegevens zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea (inclusief DVZ) UZOVI 3311 Interpolis UZOVI 3313
 Groene Land Achmea UZOVI 3312 Avéro UZOVI 0454
 PWZ Achmea UZOVI 3312

3 Gegevens ziekenhuis/instelling

Naam instelling

Straatnaam/huisnummer

Postcode/woonplaats

AGB-code in stelling

4 Gegevens ziekenhuisopname

Periode van de ziekenhuisopname

DBC prestatiecode waarvoor de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden

5 Verklaring ziekenhuis en/of zelfstandig behandelcentrum

Verzekerde/patiënt, in bezit van een 2e klassenverzekering, heeft gedurende de volgende periode 3e klasse gelegen*

6 Verklaring ziekenhuis en/of zelfstandig behandelcentrum

Aantal dagen binnen de opnameperiode van evt. wel 2e klassenverblijf van verzekerde/patiënt

* Let op! het gaat hier uitsluitend om ligdagen die niet op een revalidatie- of psychiatrische afdeling zijn doorgebracht.

Naam instelling

Datum

Handtekening

Informatie bestemd voor het ziekenhuis

Niet volledig ingevulde formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen

Dit formulier ingevuld en ondertekend zenden of faxen naar: Achmea Zorg, Declaratieservice Ziekenhuizen, Postbus 631, 8000 AP ZWOLLE, Fax: (038) 456 29 90.