

Medisch getuigschrift hulp van een andere persoon

- in te vullen door de arts -

< *Opgelet: het indienen van dit getuigschrift vereist dat de formulieren AFA 01 N en AFA 02 N al ingevuld werden.*

1. Identiteit van de patiënt

Rijksregisternummer	_____ - ____ - ____	<i>< zie achteraan identiteitskaart</i>
Naam	_____	<i>< voor vrouwen: meisjesnaam</i>
Voornaam	_____	<i>< officiële voornaam</i>
Geboortedatum	____ / ____ / _____	<i>< dag/maand/jaar</i>

2. Medische gegevens

→ Kan de patiënt zonder hulp van een andere persoon

	Ja	Nee		Ja	Nee
zich buitenshuis verplaatsen?	0	0	zich volledig wassen?	0	0
zich binnenshuis verplaatsen?	0	0	het bovenlichaam wassen?	0	0
een maaltijd bereiden?	0	0	gebruik maken van de w.c.?	0	0
een maaltijd gebruiken?	0	0	de hele dag zonder toezicht blijven?	0	0
zijn woning onderhouden?	0	0	vier uur lang zonder toezicht blijven?	0	0

Is de patiënt	<input type="checkbox"/> bedlegerig <input type="checkbox"/> rolstoelgebonden <input type="checkbox"/> afhankelijk van zuurstoftherapie
Is de hulp van een andere persoon ook nodig wegens een andere aandoening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien ja, welke?
Werd de patiënt gedurende de laatste 12 maanden in het ziekenhuis opgenomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien ja, voeg de hospitalisatieverslagen toe
Is de behoefte aan hulp van blijvende aard?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Indien nee, tot wanneer is deze hulp nodig? __ / __ / __

3. Identiteit van de arts

Naam		Stempel
Adres		
Telefoon		
Fax		
E-mail		

Ik bevestig dat ik dit getuigschrift oprecht en volledig heb ingevuld. Ik ben bereid aanvullende gegevens betreffende deze aanvraag te verstrekken aan de artsen van het Asbestfonds.

Datum: __ / __ / __ Handtekening: