**Informatie Patiënt**

Naam patiënt:

Voornaam patiënt:

Geboortedatum:

Officieel adres: Straat +nr : ………………………………………………………………………..

 Postcode + gemeente : ………………………………………………………..

 Land : ……………………………………………………………………………………

Verblijfsadres in België: Straat +nr : ………………………………………………………………………..

 Postcode + gemeente : ………………………………………………………..

Telefoon:

Email:

Geslacht: □ Man □ Vrouw

Contact persoon: Telefoon :

 Naam:

 Email:

**In geval van een arbeidsongeval:**

Naam bedrijf:

Adres : Straat +nr : ………………………………………………………………………..

Postcode + gemeente : ……………………………………………………… Land :………………………………………

Contact persoon:

Telefoon :

Email:

□ Kopie (Europese) verzekerings kaart / S2 document

□ Kopie garantie tot betaling

□ kopie IDkaart/ paspoort

□ kopie vliegtuigticket

□

**BETALINGSOVEREENKOMST**

Ik, …………………………………………... verbind mij ertoe de ziekenhuiskosten,
erelonen, kosten en uitgaven in verband met de ziekenhuisopname en de behandeling te dragen.

Deze overeenkomst is bindend en als de voorwaarden niet worden
nageleefd, kan het ziekenhuis mijn persoonlijke gegevens overdragen aan derden.

.

Handtekening van patiënt/ouder van een minderjarige/wettelijke verantwoordelijke Date: