



---

## OPGAVE VAN MUTATIE ZORG

Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten (P.B. 1996 no. 211)

---

*Dit formulier is uitsluitend bestemd voor de Indicatiecommissie van de AVBZ t.a.v. het Secretariaat. Het dient als een vertrouwelijk stuk te worden behandeld en in een gesloten enveloppe te worden gestuurd naar het Sociale Verzekeringsbank (SVB) te Pater Euwensweg 9 of gemaild naar [avbz@svbcur.org](mailto:avbz@svbcur.org) of eventueel te worden gefaxt met vooraankondiging naar nummer: 434-4514.*

Naam Instelling: ..... Datum: .....

### ADMINISTRATIEVE GEGEVENS:

- Achternaam: ..... Voornamen: .....
- Huisadres: ..... Land: .....
- Identiteitsnr.:           Geslacht: ..... Burgelijke staat: .....
- Ziektekostenverzekering met nummer: .....
- AVZB  ja  nee Datum AVBZ: .....
- Naam contactpersoon: ..... Tel: .....

### ZORGGEGEVENS:

- Naam huisarts :..... Specialist(en): .....
- Medische diagnose: ..... Datum start zorg: .....
- Verpleegkundige Diagnose: .....
- Categorie: .....

<input type="checkbox"/> OVERLEDEN:.....	DATUM: .....
<input type="checkbox"/> OVERPLAATSTING NAAR:.....	DATUM: .....
<input type="checkbox"/> ZORG STOP:.....	DATUM: .....
<input type="checkbox"/> HEREVALUATIE:.....	DATUM: .....
<input type="checkbox"/> UITBREIDING PGB:.....	DATUM: .....
.....	
<input type="checkbox"/> ANDERS:.....	DATUM: .....

Motivatie:

**Naam en Handtekening verpleegkundige:** .....