



Formulier Aanvraag machtiging DBC

**Gegevens Ziekenhuis**

Ziekenhuis: ..... AGB-code: .....  
Naam behandelend specialist ..... Specialisme: .....  
Datum van aanvraag: .....

**Gegevens Patiënt**

Naam: .....  
Adres: .....  
Woonplaats: ..... Geboortedatum: .....  
AGB-code zorgverzekeraar ..... Polisnummer: .....

**Gegevens behandeling**

Welke volledige DBC prestatiecode betreft het.....  
.....  
Om welke (medisch-specialistische) behandeling gaat het precies?  
.....  
.....  
.....

**Medische indicatie**

Wat is de medische indicatie voor de behandeling dan wel de reden van de ingreep?  
.....  
.....  
.....

Als het een vormverbeterende ingreep betreft, is er sprake van een verminking? Gaarne toelichting op grootte, locatie, aspect, etc.  
.....  
.....  
.....

**Contactgegevens**

Contactpersoon de heer/mevrouw: .....  
  
Doorkiestelefoonnummer contactpersoon: .....  
  
Handtekening: .....  
  
Datum: .....  
S.v.p. dit meldingsformulier toezenden aan:  
Zorgverzekeraar: .....  
  
T.a.v. de medisch adviseur, de heer/mevrouw:  
.....

Wilt u op de enveloppe vermelden "Medisch geheim"?