

Aanvraag voor machtiging tot vergoeding
Demande d'autorisation de remboursement

KORTE TERMIJN ZUURSTOF THERAPIE_CLUSTER HEADACHE
OXYGÉNOTHÉRAPIE DE COURTE DURÉE_CLUSTER HEADACHE

Datum Date	Gasvormige zuurstof Oxygène gazeux en bouteilles	
---------------	---	--

AANVRAGER – DEMANDEUR

Naam en voornaam Nom et prénom Tel.

RECHTHEBBENDE - BÉNÉFICIAIRE

Naam en voornaam Nom et prénom NN. of geboortedatum NN. ou date de naissance

CLUSTER HEADACHE

Diagnose Diagnostic	
Rapport	

Stempel en handtekening
Cachet et signature
Datum / Date