

## MEDISCH ATTEST VOOR VAKANTIE

Terug te bezorgen aan:  
CM-Zorgverblijf Hoidonk  
Dienst Kortverblijf  
Langestraat 170  
2240 Zandhoven

Bestemd voor de periode van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

In te vullen door de deelnemer:

### IDENTIFICATIEGEGEVENS

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Gemeente: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Lidnummer: \_\_\_\_\_ Mutualiteit: \_\_\_\_\_

In te vullen door de behandelende arts:

### MEDISCHE ANAMNESE (eventueel verslag bijvoegen)

#### HUIDIGE MEDISCHE TOESTAND

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### KLINISCH ONDERZOEK

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bloeddruk: \_\_\_\_\_

#### BIJZONDERHEDEN

- Implantaten
- Pacemaker
- Kleppen
- Gewrichtsprothesen
- Stimulatoren

- Andere: \_\_\_\_\_

VOORSCHRIFTEN, dienen altijd bijgevoegd, gelieve aan te kruisen waarvoor:

- Kinésithérapie
- Verpleegkundige verstrekkingen
- Dialyse

Alle voorschriften dienen voorzien te zijn van een vignet van het ziekenfonds

...