

AANVRAAGFORMULIER MACHTIGING
Kniebrace
(in te vullen door de behandelend specialist)

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL
Zorgverzekeringen

BELANGRIJK

Als bijlage bij deze aanvraag moet een offerte van de leverancier worden meegestuurd. Zonder offerte kan de aanvraag niet in behandeling genomen worden.

1 GEGEVENS PATIËNT

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

man vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

2 VERKLARING SPECIALIST

Is er bij verzekerde sprake van
(aankruisen wat van toepassing is)

ACL laesie

ACL ruptuur

Collataraalbandlaesie

Collataraalbandruptuur

Compartimentsarthrose

Gon Arthritis

Gon Arthrose

Instabiliteit t.g.v. leasie of ruptuur

Meniscusaandoeningen

Proefperiode gips > drie weken

Tibiplateaufractuur

Varus/valgus instabiliteit > 10

Opmerkingen

Is er sprake van een medische indicatie die
is ontstaan als gevolg van een ongeval

ja nee

Naam behandelend arts

Datum

Stempel/handtekening

Het volledig ingevulde formulier en de offerte
kunt u sturen naar: Delta Lloyd Zorgverzekering NV
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken
Postbus 29677, 2521 EN Den Haag
onder vermelding van 'medisch geheim'