

Attest

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

.....

Mailadres:

(indien mogelijk, mailadres voor evaluatie rond de zorg)

Stempel:

huisarts van:

Naam :

Adres :

.....

Geboortedatum :

klever mutualiteit

verklaart hiermee dat voor hogervermelde patiënt en familie palliatieve ondersteuning door de vzw
Netwerk levensende, Palliatieve Thuiszorg, wenselijk is.

Te

Op

Handtekening:

.....