

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 levensEinde, Palliatieve Thuiszorg, wenselijk is.

Te

Op

Handtekening:

.....

NETWERK LEVENSEINDE V.Z.W.

Meerspoort 30 | 9700 Oudenaarde | www.netwerklevenseinde.be
T 055-20 74 00 | E info@netwerklevenseinde.be | BE41 3900 7878 8610