

VERWIJFSFORMULIER STEUNKOUSEN

Naam: _____

Geboortedatum: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Verzekerd bij: _____ BSN: _____

Medische indicatie:

CVI (Chronische Veneuze Insufficiëntie) Trombose Varices

Anders, namelijk _____

Klasse: 1* 2 3 4 *wordt niet vergoed

Bijzonderheden: _____

Stempel arts /Handtekening: _____ U kunt ons zorgaanbod ook vinden op  [ZorgDomein](#)

Datum verwijzing: _____