



* L O K O 0 7 B *

MEDISCH ATTEST VOETVERZORGING

Dit attest dient enkel ingevuld te worden indien u nog geen 64 jaar bent.

Bezorg dit formulier, wanneer al de beschikbare beurten ingevuld zijn in een enveloppe aan uw ziekenfonds met de vermelding:

MOB O.G.V.
T.a.v. de raadgevend geneesheer
Vertrouwelijk
Statieplein 12
9300 AALST

Onderstaand attest dient te worden ingevuld door de behandelende geneesheer

De ondergetekende, geneesheer, verklaart hierbij dat

Mevr./De Heer

om één van de hieronder vermelde medische redenen niet in staat is om zelf voor zijn/haar voetverzorging in te staan:

- bedlegerigheid: door hersenaandoeningen, trauma's (fracturen), verlammingen...
- slechtziendheid: namelijk niet te corrigeren met bril of lenzen
- ernstige traumatische, reumatische of neurologische afwijkingen ter hoogte van handen en voeten
- ankyloserende aandoening van de lumbo-sacrale wervelzuil
- een diabetische voetaandoening
- ernstige aangeboren spierziekten

.....
.....
.....

Stempel
Behandelend geneesheer

Datum
Handtekening

Kleef hier een groene kleefzegel