

# Declaratieformulier bezoeken voor alle bezoekers aan minderjarig kind



Let op! Vul het formulier helemaal in. Sla het daarna op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten. Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten terug van het bezoek aan uw minderjarig kind in het ziekenhuis.

## 1 Gegevens minderjarig kind (als patient)

Naam				
Postcode	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>	
Woonplaats	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>	
Relatienummer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	
E-mailadres	<input type="text"/>			

## 2 Gegevens bezoeker

Naam	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie is de bezoeker	<input type="checkbox"/> Ouder	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	<input type="text"/>

## 3 Opname minderjarig kind

**Let op!** Vul deze velden per aaneengesloten opname op één locatie.

Eerste dag opname	<input type="text"/>	Laatste dag opname	<input type="text"/>
Naam ziekenhuis	<input type="text"/>	Postcode+huisnr.	<input type="text"/>

## 4 Vervoer van het bezoek

Datum bezoek	Postcode vertrek	Taxivervoer of eigen vervoer Vul hier het aantal KM's per dag	of	Openbaar vervoer Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer hebt gereisd
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

## 5 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar, ter inzage voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningdatum	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	--------------	----------------------

## 6 Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Sla het ingevulde formulier op bij uw documenten. Ga naar [MijnFBTO](#) en declareer uw zorgkosten.

Liever per post indienen? FBTO Zorg, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.