

# *Aanvraagformulier machtiging hulpmiddelen*

Uw naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode woonplaats : \_\_\_\_\_

Geb.datum : \_\_\_\_\_

Ziektekostenverzekeraar : \_\_\_\_\_

Relatienummer : \_\_\_\_\_

BSN : \_\_\_\_\_

Aanvullend verzekerd : Ja / Nee

*! Doorhalen wat niet van toepassing is*

---

**Betreft** : Aanvraag voor hulpmiddelen

**Hulpmiddel** : Haarprothese

**In verband met** : Alopecia androgenetica (haaruitval) en psychische bezwaren hiermee samenhangend

---

*Ruimte voor toelichting behandelend arts*

Datum:

---

Let op: Deze aanvraag is niet geldig zonder stempel en handtekening van de behandelend arts