

**Behandelingsattest dieetadvies**



Geraetsstraat 20 – 3500 Hasselt  
Tel.011-29 10 00 Fax 011-22 20 67  
www.lml.be - info@lml.be

Naam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rijksregisternr \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Bovenvermeld persoon is op volgende data op consultatie geweest voor dieetadvies:

| Data Sessies | Honoraria | Handtekening | Stempel |
|--------------|-----------|--------------|---------|
|              |           |              |         |
|              |           |              |         |
|              |           |              |         |
|              |           |              |         |
|              |           |              |         |
|              |           |              |         |

IN TE VULLEN DOOR DE DIETIST(E)



Het behandelingsattest dient u volledig ingevuld bij het ziekenfonds binnen te brengen na het einde van de volledige behandeling (indien deze minder dan 6 sessies omvat) of na het einde van de 6<sup>e</sup> sessie.