

**Opname van een kind met begeleidende ouder:**  
**uitdrukkelijk verzoek om te verblijven in een individuele kamer met verzaking**  
**aan het recht om tegen verbintenistarief te worden behandeld**



IDENTIFICATIEKLEVER  
VAN DE PATIËNT

Identificatie ziekenhuisinstelling  
AZ NIKOLAAS vzw  
Campus Sint-Niklaas  
Moerlandstraat 1  
9100 Sint-Niklaas  
Erk. Nr. 71059527

**Honorariumsupplementen**

- Ik heb kennis genomen van de financiële voorwaarden opgesomd in de opnameverklaring en wens dat mijn kind onder mijn begeleiding opgenomen en verzorgd wordt tegen **VERBINTENISTARIEF**. (ZONDER kamer- en honorariumsupplementen). (1)
  
- Ik heb kennis genomen van de financiële voorwaarden opgesomd in de opnameverklaring en verzoek aan de mogelijkheid van een opname en verzorging tegen verbintenistarief.  
Ik wens uitdrukkelijk dat mijn kind onder mijn begeleiding opgenomen en verzorgd wordt in een **INDIVIDUELE KAMER** (ZONDER kamersupplementen)  
**Ik weet dat in dat geval alle artsen (zowel de verbonden artsen als de niet-verbonden artsen) mij een honorariumsupplement, zoals vermeld in de opnameverklaring kunnen aanrekenen.** (2) & (3)
  
- Ik bevestig als bijlage bij dit document, de opnameverklaring en een verklarend document ontvangen te hebben omtrent de toepassing van de kamer- en honorariumsupplementen alsook een overzichtslijst omtrent de kost van de courante parafarmaceutische producten en van de diverse goederen en diensten, van toepassing in het AZ NIKOLAAS.

De hotelkosten (o.a. bed, maaltijden en dranken) voor mijn verblijf als ouder bij mijn kind moet ik zelf betalen (zie hiervoor de overzichtslijst in bijlage omtrent de kost van de courante parafarmaceutische producten en van de diverse goederen en diensten, van toepassing in het AZ NIKOLAAS).

Voor bijkomende inlichtingen kan men steeds terecht bij de dienst Centrale Inning met telefoonnummer 03/780 40 52 of 03/780 40 53

Opgemaakt te ..... op .....-.....- 20..... in twee exemplaren

voor de opname die start op .....-.....- 20..... en geldig vanaf .....-.....- 20..... om ..... uur

De begeleidende ouder	Voor het ziekenhuis
voornaam, naam van de ouder	voornaam, naam en hoedanigheid

Deze informatie van persoonlijke aard wordt u gevraagd door de beheerder van het ziekenhuis met het oog op een correcte behandeling van uw dossier en de facturatie van uw ziekenhuisopname. De Wet van 08-12-1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, verleent u toegang tot uw gegevens en geeft u het recht deze te corrigeren.

(1) Verbintenistarief: men past de erelonen toe zoals overeengekomen in het kader van het akkoord geneesheren-ziekenfondsen, dus zonder honorariumsupplementen.  
 (2) Verbonden artsen zijn artsen die zich aan de tarieven zoals afgesproken in het akkoord geneesheren-ziekenfondsen houden. Niet-verbonden artsen hoeven zich niet aan deze tarieven van dit akkoord te houden. De lijst met het statuut van de artsen (verbonden of niet) kan u op eenvoudige vraag raadplegen in het ziekenhuis.  
 (3) **De honorariumsupplementen zullen gefactureerd worden door het ziekenhuis of door de dienst centrale inning.** Betaal deze niet rechtstreeks aan de artsen. Aarzel niet om u te informeren over het percentage honorariumsupplement dat de betrokken arts toepast.