

borstvoedingspremie

Naam

Voornaam

Adres

Ziekenfondsnummer 404/

E-mailadres

in te vullen door de behandelende arts

Ik, ondergetekende,

naam, beroepstitel en stempel

bevestig dat bovenvermelde mevrouw

meer dan 2 maanden en minder dan 4 maanden borstvoeding geeft aan

geboren op

en dat de borstvoeding werd gestopt.

meer dan 4 maanden en minder dan 6 maanden borstvoeding geeft aan

geboren op

en dat de borstvoeding werd gestopt.

meer dan 6 maanden borstvoeding geeft aan

geboren op

Datum

Handtekening

Nomenclatuur

min. 2, max. 4 mnd.: 850356 + 850931

min. 4, max. 6 mnd.: 850463 + 850931 + 850942

min. 6 mnd.: 850496 + 850931 + 850942 + 850953