

**Persoonsgegevens**

Naam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straat	Huisnummer	Toevoeging huisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geboortedatum	Geslacht	Telefoonnummer
<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="text"/>
Klantnummer	Burgerservicenummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Bovengenoemde verklaart dat hij/zij is gestopt met thuisdialyse omdat**

Hij/zij succesvol getransplanteerd is op datum || en nu een zelfstandig werkende nier heeft

Hij/zij succesvol getransplanteerd is op datum ||, ter ondersteuning van de nier vond er nog thuisdialyse plaats van || tot en met ||

Hij/zij voor een maand of langer overgestapt is op dialyse in het ziekenhuis of in het dialysecentrum op datum ||

Anders, hij/zij is namelijk gestopt omdat

op datum ||

Datum	Plaats
<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	<input type="text"/>

Deze aanvraag kunt u sturen naar:  
**UMC**  
**Team Thuisdialyse**  
Postlocker 21  
Postbus 25150  
5600 RS Eindhoven

Handtekening verzekerde

---