

[I – A.R. 1-5-06 – M.B. 16-5 – éd. 3](°)

Annexe

C4) Demande d'une intervention pour l'alimentation adaptée dans le cadre de la maladie coeliaque

<u>Identification du bénéficiaire</u>
Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
Numéro INSS :

Autorisation de type B3)

DONNEES MEDICALES

Diagnostic :

Description circonstanciée de l'état clinique du bénéficiaire :

Résultats des tests histologiques et sérologiques :

<u>Identification du médecin spécialiste</u> (remplir ou apposer cachet)
Nom, prénom :
N° d'ident. INAMI :
Date :
Signature:

(°) d'application à partir du 1-6-2006