|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Verklaring van afwezigheid op het multidisciplinaire overleg | | | | | | | | ELGEZ-240927 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  Simon Bolivarlaan 17, 1000 BRUSSEL  **T** 02 553 36 47  [eerstelijn@vlaanderen.be](mailto:eerstelijn@vlaanderen.be)  [www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be) | | | | | | | | |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*  Met dit formulier verklaart de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn (wettelijke) vertegenwoordiger dat hij niet aanwezig hoeft te zijn op het multidisciplinaire overleg. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening door de persoon met een zorg- of ondersteuningsnood | | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dat mijn aanwezigheid op het multidisciplinaire overleg niet vereist is. | | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  | |
|  | handtekening |  | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening door de (wettelijke) vertegenwoordiger | | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dat mijn aanwezigheid op het multidisciplinaire overleg niet vereist is. | | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  | |
|  | handtekening |  | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | | |