

Naam behandelend arts Orfeokliniek:

Welke gegevens uit uw dossier wilt u ontvangen (*s.v.p. aanvinken wat van toepassing is*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brieven | <input type="checkbox"/> Verpleegkundig dossier |
| <input type="checkbox"/> Operatieverslagen | <input type="checkbox"/> Radiologie verslagen |
| <input type="checkbox"/> Uitslagen pathologie en microbiologie | |

Datum:

Handtekening aanvrager(s):

.....
(1e aanvrager)

.....
(2e aanvrager)

Stuur het volledig ingevulde formulier samen met een **kopie van het legitimatiebewijs van de aanvrager** en (indien van toepassing) **van de 2e aanvrager en van de patiënt** aan:

Orfeokliniek
T.a.v. mw. S. van Buuren (kliniekmanager)
Orfeoschouw 38
2726 JG ZOETERMEER

Email: s.vanbuuren@orfeokliniek.nl

Wij doen ons best uw verzoek binnen vier weken te behandelen.

.....
(In te vullen door de behandelend arts:)

De behandelend arts geeft **wel / niet** (*s.v.p. keuze omcirkelen*) toestemming voor een afschrift van gegevens.

Paraaf arts: Datum: