



Stuur het volledig ingevulde formulier samen met een **kopie van uw legitimatiebewijs en dat van de patiënt, plus diens schriftelijke machtiging** aan:

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

**Email: [s.vanbuuren@orfeokliniek.nl](mailto: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: .....