

COLLEGIAAL VERZOEK TOT KOPIE UIT MEDISCH DOSSIER

Gegevens aanvragend specialist:

Naam hoofdbehandelaar:

Naam arts-assistent:

Specialisme:

Afdeling:

Telefoonnummer:

Email:

Faxnummer:

- Bovenstaande specialist(en) verzoekt om:
- medische gegevens
 - radiodiagnostische gegevens
 - nadere informatie

Reden voor verzoek:

.....

.....

.....

Naam aanvragend arts:

Handtekening: Datum:

Toestemmingsverklaring patiënt:

Ondergetekende verklaart geen bezwaar te hebben tegen het verstrekken van zijn/haar medische gegevens aan bovengenoemde specialist.

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Handtekening: Datum: