**VERZOEK TOT KOPIE UIT EIGEN MEDISCH DOSSIER**

**Gegevens patiënt:**

Geboortedatum: ……..

Voorletters en achternaam: ……..

Straat + huisnummer: ……..

Postcode + plaats: ……..

Telefoonnummer: ……..

Legitimatiebewijs: ……..…… ***(kopie meesturen!)***

**Naam behandelend arts Orfeokliniek:** ……..

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

- ☐ Brieven
- ☐ Operatieverslagen
- ☐ Uitslagen pathologie en microbiologie
- ☐ Verpleegkundig dossier
- ☐ Radiologie verslagen

Datum: ……..

Handtekening patiënt: ……..

Stuur het volledig ingevulde formulier samen met een **kopie van uw legitimatiebewijs** 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: ……..……

KAAK- EN AANGEZICHTSCHIRURGIE ■ ORTHODONTIE ■ IMPLANTOLOGIE ■ ENDODONTOLOGIE ■ PARODONTOLOGIE ■ KAAKFYSIOTHERAPIE ■ MONDHYGIËNE ■ ESTHETISCHE MONDZORG