

VERWIJZING:  
**REVALIDATIE-  
GENEESKUNDIGE  
BEHANDELING**



MICARE REVALIDATIE / STICHTING ARATAME HEALTH  
CBS-WEG 15, 6412 EX HEERLEN

TEL: 045 - 785 14 80  
FAX: 045 - 205 19 65

INFO@MICARE-HEALTH.NL  
WWW.MICARE-HEALTH.NL

DATUM VERWIJZING:            /        /

**GEGEVENS CLIËNT [STICKER]**

Voor- en achternaam:        ██████████████████

Geboortedatum:                /        /

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummers:

E-mailadres:

@

---

**MEDISCHE [VERWIJS]DIAGNOSE:**

---

**BEPERKINGEN/VRAAGSTELLING:**

---

**GEGEVENS VERWIJZER [STICKER]:**

Voor- en achternaam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

AGB-code:

Handtekening:

Dit formulier en/of uw verwijsbrief graag samen met relevante voorgeschiedenis en actueel geneesmiddelenoverzicht sturen, faxen of e-mailen naar bovenstaand adres. Dit geldt ook voor vragen of voor het voorbespreken van een casus.