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 geneesmiddelen-overzicht sturen, faxen of e-mailen naar bovenstaand adres. Dit geldt ook voor vragen of voor het voorbespreken van een casus.

FORMULIER VERSTUREN