

# AANMELDING

VALPOLIKLINIEK



Vul het volgende formulier in.

Print het formulier en stuur dit naar Behandelcentrum Maartje, Lutterstraat 4, 7581 BV Losser,  
mail naar [behandelcentrum@zorggroepsintmaarten.nl](mailto:behandelcentrum@zorggroepsintmaarten.nl) of Fax naar nummer 053-5360838.

## Gegevens:

Naam \_\_\_\_\_  
Voornamen voluit \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ BSN-nummer \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Faxnummer \_\_\_\_\_  
Huisarts \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
  
Datum aanvraag      \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Vraagstelling:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Eventueel verricht recent onderzoek:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Medicatie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gegevens arts:

Naam \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Ondertekening: \_\_\_\_\_ Ondertekening arts: \_\_\_\_\_  
Datum:      \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

S.v.p. bijvoegen / toesturen: relevante gegevens/uitdraai HIS/relevante informatie van medisch specialisten.

---