

PATIENT VERWIJSFORMULIER

Wij bieden de laatste state-of-the-art behandelingen aan voor diverse hoornvliesandoeningen:

- DMEK voor ongecompliceerde gevallen
- Advanced DMEK voor complexe pathologie
- DALK en Bowman layer transplantatie voor anterieure en stromale corneapathologie

Naam patiënt	Man / Vrouw	
Geboortedatum		
BSN		
Zorgverzekeraar		Polisnummer:
Adres		
Postcode / Woonplaats		
Telefoon		
Mobiele telefoon		
E-mail		
Reden verwijzing		
Naam verwijzer		
Organisatie		
Adres		
Postcode / Plaats		
Telefoon		
Fax		
E-mail		
Opmerkingen		
Handtekening		

Bedankt voor uw verwijzing, u kunt dit formulier:

- faxen naar 010 297 4440
- per post versturen naar onderstaand adres
- bel ons medisch team op 010 2974444 voor intercollegiaal overleg