

PATIENT VERWIJSFORMULIER

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

- DMEK voor ongecompliceerde gevallen
- Advanced DMEK voor complexe pathologie
- DALK en Bowman layer transplantatie voor gevorderde keratoconus

| | | |
|-----------------------|--------------------|--------------|
| 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:

- e-mailen naar info@hoornvlieskliniek.nl
- faxen naar 010 297 4440
- per post versturen naar onderstaand adres
- bel ons medisch team op 010 2974444 voor intercollegiaal overleg