



Gegevens zorgverlener

Naam :

Adres :

Postcode en Woonplaats :

E-mailadres :

Relatie tot cliënt :

Reden aanvraag overdracht:

Gegevens cliënt

Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode en Woonplaats :

Cliënt geeft toestemming : ja / nee

Handtekening cliënt

.....

Datum :

Hierbij het verzoek om het gehele tandheelkundig dossier te sturen naar:

Tandprothetische Praktijk Zembowicz BV
T.a.v. Cliëntenadministratie
Hertog Janstraat 1 A
5141 KJ Waalwijk
E-mail : tandprothetischpraktijkzembowiczbv@zorgmail.nl