Aanvraagformulier Medisch Specialistisch Onderzoek

1. **Gegevens Betrokkene**

|  |  |
| --- | --- |
| Dhr.  Mevr. |  |
| Geboortedatum | : |
| Naam en voorletters | : |
| Straat en huisnr. | : |
| Postcode en woonplaats | : |
| Telefoon mobiel | : |
| Telefoon privé | : |
| Telefoon werk | : |
| E-mail | : |
| Naam en plaats huisarts | : |
| BSN nummer | : |
| Uw dossier/ref.nr | : |
| Tolk nodig? | Ja  Nee |
| Zo ja, welke taalgroep? |  |

1. **Gegevens aanvragend arts**

|  |  |
| --- | --- |
| Dhr.  Mevr. | : |
| Naam en voorletters | : |
| Functie | : |
| Organisatie | : |
| Rapportage adres | : |
| Postcode en plaats | : |
| Telefoon werk | : |
| Telefoon mobiel | : |
| E-mail | : |
| Rapportage via | Post  Email |

1. **Gevraagd Onderzoek**

|  |  |
| --- | --- |
| Onderzoek Neuroloog | Neuropsychologisch onderzoek |
| Onderzoek Orthopeed | Anders, namelijk: |
| Onderzoek Psychiater |  |

1. **Vraagstelling (verplicht veld)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Gegevens opdrachtgever t.b.v. facturatie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bedrijfsnaam | : | |
| Naam en voorletters ondergetekende | : | |
| Functie | : | |
| Factuuradres | : | |
| Postcode en plaats | : | |
| Telefoon | : | |
| E-mail | : | |
| Kostenplaats | : | |
| Ordernummer: | : | |
| Telefoon werk | : | |
| Mobiel | : | |
| E-mail | : | |
| Handtekening | : | Datum: |

Expertise Centrum MediLibra is een aanbieding van Zorg Innovaties Nederland BV. Hierbij geeft ondergetekende Zorg Innovaties Nederland BV de opdracht tot het uitvoeren van de beschreven expertise tegen de daarvoor geldende kosten. Prijzen zijn zoals gepubliceerd op www.dcexpertisecentrum.com. Wijzigingen voorbehouden. Aanbiedingen van Zorg Innovaties Nederland BV worden geleverd onder algemene voorwaarden zoals gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam onder nummer 30114609.

Formulier en eventuele aanvullende documenten kunt u sturen naar:

Expertise Centrum MediLibra  
Tesselschadestraat 4

1054 ET Amsterdam  
expertises@medilibra.nl (via Zivver mailen)