



## Verwijsbrief

Michiel de Cleen, *tandarts-endodontoloog*  
Rapenburg 12, 1011 TX Amsterdam  
T (020) 4202229, F (020) 3208206  
www.endopraktijkdecleen.nl  
info@endopraktijkdecleen.nl

Datum .....

### Gegevens tandarts

Naam tandarts \* .....

Praktijkadres .....

Postcode en plaats .....

Telefoon .....

E-mailadres .....

### Gegevens patiënt

Naam en voorletters \* .....

Straat en huisnr \* .....

Postcode en plaats \* .....

Geboortedatum \* ... /... /.... (dd/mm/jjjj)

Geslacht \* M / V

Telefoon, privé .....

Telefoon, werk .....

Telefoon, mobiel .....

E-mailadres .....

BSN nummer .....

### Gegevens behandeling

Element(en) \* .....

Verzoek tot \*  consultatie / advies  behandeling

Behandelplan .....

Bijzonderheden .....

Röntgen foto's d.d. .... digitaal / analoog / afdruk van digitaalbestand

(Graag bijsluiten in envelop. Digitale bestanden kunt u sturen naar: info@endopraktijkdecleen.nl)