

BERICHT VAN OVERLIJDEN
van huisarts aan Zorggroep Noorderbreedte



Patiëntgegevens:

Patiëntnummer :
Geboortedatum : geslacht: M / V
Achternaam :
Achternaam echtgeno(o)t(e) :
Voornamen :
Adres :
Postcode/woonplaats :

Datum van overlijden :

Opmerkingen (evt):

Gegevens huisarts:

Naam(stempel) :

Adres :

Handtekening huisarts:

Dit formulier svp in een gesloten envelop zenden aan:
ZNB Medisch Centrum Leeuwarden, tav
Beheerder patiëntenbestand/mw. P. Velsma
Antwoordnummer 6055 8900 VC Leeuwarden

Als de huisarts een veilig
'@huisartsen.zorgnetfriesland.nl'adres heeft kan
het "Bericht van overlijden van huisarts aan Zorggroep
Noorderbreedte" nu ook digitaal worden verzonden
naar: beheerpatientenbestand@mcl.nl