

**BERICHT VAN OVERLIJDEN**  
van huisarts aan MCL

---

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 s.v.p. in een gesloten envelop zenden aan:  
Medisch Centrum Leeuwarden  
T.a.v. beheer patiëntenbestand/mw. P. Velsma  
Antwoordnummer 6055  
8900 VC Leeuwarden  
Of mailen naar: [beheerpatientenbestand@mcl.nl](mailto:beheerpatientenbestand@mcl.nl)