

**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: **beheerpatiëntenbestand@znb.nl**