

S.. -



TOESTEMMING OBDUCTIE

Locatie

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MCA | <input type="checkbox"/> Waterland |
| <input type="checkbox"/> WFG | <input type="checkbox"/> Gemini |
| <input type="checkbox"/> ZMC | <input type="checkbox"/> Huisarts |
| <input type="checkbox"/> BovenIJ | <input type="checkbox"/> |

Aanmelden obductie:
06-52659119 (coördinator)
b.g.g. 072-5483686 (secretariaat)

Intercollegiaal overleg
06-52658907 (patholoog)

Fax 072 – 548 2184

ZIS-nummer:
Geboortedatum:
(mans)-naam:
Meisjesnaam:
Geslacht:
Voorletters:
Adres:
Postcode
Woonplaats:
Ziektekostenverzekering:
Nummer:

Ondergetekende geeft hierbij toestemming aan de pathologen van Symbiant tot het verrichten van een:

Obductie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Schedelobductie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

van bovenstaande patiënt.

NAAM:

ADRES:

TELEFOON:

Familierelatie tot de overledene:

Tevens is hierbij toestemming verleend om materiaal dat voor diagnostiek is uitgenomen te archiveren en eventueel voor wetenschappelijk onderzoek te gebruiken, dat direct of indirect gericht is op geneeskundige hulp aan patiënten.

Handtekening:

Datum: