

AUB invullen en in dossier voegen. Mailen kan ook naar info@bonnierszorg.nl

# **De huisarts of specialist**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres praktijk/ instelling |  |
| Telefoon |  |

### Verzoekt ten behoeve van client(e)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Geb. datum |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon |  |

### Onderstaande medische handeling uit te voeren

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indicatie |  | | | | | | | |
| Gewenste behandeling | | |  | | | | | |
| Tijdstip(pen) van uitvoering | | | | | |  | | |
| Geldigheidsduur van de opdracht | | | | | | | |  |
| Specificatie van de handeling | | | | | | |  | |
| Naam medicijn/vloeistof | | | |  | | | | |
| Exacte dosering per keer | | | |  | | | | |
| Eventueel te verwachten | | | |  | | | | |
| Complicaties/bijwerkingen | | | | |  | | | |
| Bijzonderheden | |  | | | | | | |

**Ondertekening:**

Datum,

Handtekening arts of stempel: