

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: