Coordonnées

Patient

Nom : .....
Adresse : .....
N° de tél. : .....

Partenaire

Nom : .....
N° de tél. : .....

Enfants

Nom : .....
N° de tél. : .....
Nom : .....
N° de tél. : .....
Nom : .....
N° de tél. : .....

Médecin traitant

Nom : .....
N° de tél. : .....

Infirmier(ère) à domicile

Nom : .....
N° de tél. : .....

Autres

.....
.....
.....

azdelta
Uw ziekenhuis.

Cette brochure est revisée le 05/09/2023 0520 6375-FR