



vanlinschotenspecialisten

Van Linschotenlaan 1  
1212 ES Hilversum  
Telefoon: 035-6478061  
Fax: 035-6478498  
Email: [balie@vanlinschotenspecialisten.nl](mailto:balie@vanlinschotenspecialisten.nl)

## Aanvraag röntgen onderzoek

Ruimte voor patient gegevens

Naam en adres gegevens aanvragend arts of tandarts:

Tandarts  
 Implantoloog  
 KNO-arts  
 Kaakchirurg

Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gevraagd onderzoek KNO:

Sinussen  
 Hals  
 Middenoor/ mastoïd

### Gevraagd onderzoek tandheelkunde:

Bovenkaak  
 Onderkaak  
 Boven- en onderkaak + kaakkopjes

Patiënte zwanger  ja  nee

### Vraagstelling:

---

---

---

---

Handtekening aanvrager:

---



vanlinschotenspecialisten

Onderwerp: **Röntgen aanvraag**

Kliniek: **Van Linschoten Specialisten**  
Locatie: **Hilversum**

Dok.nr. : ZKN-VLS-204
Paginas : 1
Versie : 1
Datum : 02-07-2009