



**MEDISCH ADVIES VOOR
HIDREX IONTOFORESE**

1. Patiëntgegevens

Voorletter(s)	Achternaam
Adres	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	<input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Man

2. Medische indicatie of motivatie

3. Ondertekening

Hierbij verklaar ik dat bovengenoemde patiënt in aanmerking komt voor behandeling met Hidrex Iontoforese apparatuur.

Datum	Naam of stempel arts of specialist	Handtekening arts of specialist