



## TEKENBEET

Naam Patiënt: \_\_\_\_\_

Geboortedatum Patiënt: \_\_\_\_\_

Datum Tekenbeet: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Geef aan waar de teek is verwijderd. Lever dit formulier bij uw eigen huisarts in.

