

Datum: ____ - ____ - 20 ____

Uitvoering onderzoek: Electief
 Spoed (na telefonisch overleg)

Verwijzing voor:

- Endoscopische diagnostiek/behandeling:
- Gastroduodenoscopie
 - Sigmoidoscopie
 - Colonoscopie
- Poliklinische consultatie (verwijsbrief toevoegen)

Sedatie gewenst: Ja Nee

STEMPEL

Verwijzer: _____
 Huisarts Medisch specialist

Patiënt is op de hoogte van indicatie, eventuele contra-indicaties en mogelijke complicaties van de voorbereiding en uitvoering van het aangevraagde onderzoek: Ja Nee

Patiënt gegevens

Naam: _____ Man Vrouw

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ BSN: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Telefoon: _____ Mobiel: _____

Bezoekt u voor het eerst ons medisch centrum? U bent dan verplicht een geldig verzekeringspasje en identificatie te tonen.

Medische gegevens

Bekend met cardiale problemen Nee Ja, nl. _____

Bekend met pulmonale problemen Nee Ja, nl. _____

Bekend met diabetes mellitus Nee Ja, gebruikt insuline / orale middelen

Bekend met allergieën Nee Ja, nl.

Gebruik van antistolling Nee Ja, nl. thrombocytenaggregatieremmers

coumarinederivaten

heparinederivaten

BRMO verdacht Nee Ja, nl. _____

Vraagstelling

Bijzonderheden of opmerkingen (bv. mobiliteit)

