

Datum: ____ - ____ - 20____

Uitvoering onderzoek: Electief
 Spoed (na telefonisch overleg)

STEMPEL

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

Verwijzer: _____
 Huisarts Medisch specialist

Sedatie gewenst: Ja Nee

Patiënt is conform de werkafspraken van het MCV 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. Wij zijn als instelling verplicht om een kopie van uw legitimatiebewijs te maken en toe te voegen aan onze patiëntenadministratie.

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 (plavix, ascal)
 coumarinederivaten (acenocoumarol, fenprocoumon)
 heparinederivaten (fraxiparine, fraxodi)

BRMO / MRSA verdacht Nee Ja, nl. _____

Vraagstelling

Bijzonderheden of opmerkingen (bv. mobiliteit)
