

Verwijsbrief

In te vullen door uw huisarts/verwijzer

Verwijzing voor:

- Gynaikon Kliniek Rotterdam
 Gynaikon Kliniek Roermond

GEGEVENS PATIËNT:

Achternaam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Datum 1ste gesprek:

Bloedgroep / Rh.:

Grav.:

Para.:

SC:

Datum 1e dag laatste menstruatie:

Zwangerschapsduur (weken amenorroe):

Zwangerschap vastgesteld dmv:

- Urinetest
 Lichamelijk onderzoek
 Bloedonderzoek
 Echoscopie

Medicijn gebruik:

GYNAIKON KLINIEKEN

Strevelsweg 700 - 204, 3083 AS Rotterdam
Bredeweg 239 - S1, 6043 GA Roermond

tel. +31 (0)88 8884444
info@gynaikon.nl

AGB-code 49-493202
www.gynaikonklinieken.nl

Allergieën:

Voorgeschiedenis:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bloedtransfusie | <input type="checkbox"/> Abdominale chirurgie | <input type="checkbox"/> Anemie |
| <input type="checkbox"/> Stollingsstoornissen | <input type="checkbox"/> Hartziekten | <input type="checkbox"/> Gynaecol. chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten | <input type="checkbox"/> Hypertensie | <input type="checkbox"/> Nierziekten |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische ziekten | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Longziekten |
| <input type="checkbox"/> Infectieziekten | <input type="checkbox"/> Neurol. afw. | <input type="checkbox"/> Epilepsie |

 Andere, nl:

Indicatie:

GEGEVENS VERWIJZER:

Naam:

Organisatie:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Verzend instructies:

Sla dit bestand op als 'Verwijsbrief_Datum_AchternaamPatient'
en verzend als bijlage of via ZilverVeilig naar: **info@gynaikon.nl**

GYNAIKON KLINIEKEN

Strevelsweg 700 - 204, 3083 AS Rotterdam
Bredeweg 239 - S1, 6043 GA Roermond

tel. +31 (0)88 8884444
info@gynaikon.nl

AGB-code 49-493202
www.gynaikonklinieken.nl