



Verwijsformulier Carpaal Tunnel Syndroom *(combinatieafpraak)*

Datum aanvraag: _____

	VERWIJZER (stempel)	PATIËNT
Naam	_____	_____
Adres	_____	_____
Postcode & plaats	_____	_____
Telefoonnummer	_____	_____
Fax	_____	Geb. datum _____

A. Anamnese

- Tintelingen één of beide handen rechts / links
- Niet alleen maar tintelingen in de pink
- Nachtelijke klachten

! Let op: de patiënt komt alleen in aanmerking voor onderzoek als deze alledrie de verschijnselen vertoont

B. Aanvullende gegevens: (eventueel print uit HIS meefaxen)

1. Voorgeschiedenis/co-morbiditeit

2. Actuele medicatie

Handtekening verwijzend huisarts

Graag faxen naar: **033 – 850 46 35**

Voor meer informatie: polikliniek Neurologie via telefoonnummer 033 – 850 50 50.