

Verwijsformulier postmenopauzaal vaginaal bloedverlies

Datum aanvraag: _____

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

Anamnese,

- 1^e episode ja nee, wanneer eerdere episode? _____
- Datum menopauze _____
- Contactbloedingen ja nee
- Oestrogeen/progesteron gebruik? ja nee
- Overige klachten _____

Lichamelijk onderzoek,

- Vulva _____
- Perineum _____
- Anus _____
- Vagina _____
- Bijzonderheden _____

Uitslag PAP (met datum):

Afgenomen dd: _____ opgestuurd naar SAL / RPCL

Aanvullende gegevens: (eventueel printen vanuit HIS en meefaxen):

- Gynaecologische en relevante algemene voorgeschiedenis:

- Co-morbiditeit:

- Actuele medicatie:

- Overgevoeligheid/allergie:

Vraagstelling:

- Transvaginale echo
- Overig, nl. _____

Handtekening verwijzend huisarts

Graag faxen naar: **033 – 421 41 91.**

Voor meer informatie: afdeling Gynaecologie via tel. 033 – 850 50 50.