



Verwijsformulier combinatieafspraak colonoscopie

Datum aanvraag: _____

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

A. Voorgeschiedenis (evt HIS-uitdraai) _____

B. Familie anamnese _____

C. Indicatie verwijzing

- rectaal bloed
- patiënt is ouder dan 50 jaar

D. Medicatie (evt. HIS-uitdraai)

Is antistolling 5 dagen tevoren gestaakt? ja / nee

Voor de combinatieafspraak colonoscopie worden twee afspraken gemaakt. Hieronder staan de tijden vermeld waarop de patiënt wordt verwacht:

Datum afspraak polikliniek: _____ Tijd: _____

Datum afspraak colonoscopie: _____ Tijd: _____

Dit formulier graag faxen naar de Interne Geneeskunde/MDL, faxnummer 033 – 850 26 61.