

Faxnr: Arnhem 026 - 355 91 55
Rotterdam 010 - 215 23 41

Hoogeveen 0528 - 234 259
Waalwijk 0416 - 347 653



Verwijsformulier Instituut voor Hyperbare Geneeskunde

(van website www.ivhg.nl te downloaden)

Patiëntgegevens

Naam		Voorletters	m/v
Geboortedatum	BSN	Telefoonnummer	
Straat en huisnummer		Postcode	Woonplaats

Klinisch <input type="checkbox"/> (indien klinisch, onderstaande gegevens invullen)	Poliklinisch <input type="checkbox"/>	
Naam ziekenhuis	Afdeling	Telefoonnummer afdeling/sein

Verwijzer gegevens

Naam	Voorletters	Titel drs/dr/prof
specialisme		
Naam ziekenhuis/praktijk	Telefoonnummer/sein	

Reden van verwijzing

Indicatie/diagnose					
Al eerder behandeld bij het IVHG?	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	Cardiale of pulmonale voorgeschiedenis	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Relevante voorgeschiedenis (graag laatste brief bijvoegen)					

Beleid/plan

Uw geplande behandeling / uw geplande ingreep (indien van toepassing)

Datum:

Handtekening: