



Planning Onderzoeken / Behandeling

Behandelend arts:.....

Naam patiënt:
Voornaam:
Geboortedatum:
(etiket)

BEHANDELING: **datum:**..... **uur:**

Andere onderzoeken:

.....

.....

.....

.....

Bijzondere voorbereidingen dag van de ingreep:

.....

Bijzondere anamnestiche en klinische gegevens (inclusief allergie):

.....

.....

Thuismedicatie (dosis & frequentie):

.....

.....

.....

.....

Stempel & handtekening geneesheer

ERK 310 - RIZIV 7-10-310-21-000
 KBO BE 0408 380 193

Tel. 058 333 111 - Fax 058 333 011
 info@azsav.be - www.azsav.be

AZ Sint-Augustinus Veurne vzw
 Ieperse Steenweg 100 - 8630 Veurne