



Sint Augustinuskliniek  
Vzw – Kath. Gezondheidszorg  
Westhoek  
Ieperse Steenweg 100  
8630 Veurne

# PLANNING ONDERZOEKEN / BEHANDELINGEN

Naam patiënt: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: .....

(etiket)

Behandelend arts:  
.....

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

**uur:** .....

Andere onderzoeken:

.....

.....

.....

.....

Bijzondere voorbereidingen dag van de ingreep:

.....

Bijzondere anamnestiche en klinische gegevens (inclusief allergie):

.....

.....

Thuismedicatie (dosis & frequentie):

.....

.....

.....

.....

.....

Stempel & handtekening geneesheer