

TIGRIS CLINIC

MEDICAL EXCELLENCE & AESTHETICS

Voor medische verrichtingen, kleine kwalen en esthetiek

VERWIJSFORMULIER

Onderlinge dienstverlening | Kleine medische verrichtingen

Gegevens patiënt

Naam patiënt: _____
Geboortedatum: _____
BSN: _____
Telefoonnummer: _____
E-mail: _____

Gegevens verwijzende huisarts/praktijk

Huisartsenpraktijk: _____
Naam huisarts: _____
AGB-code praktijk: _____
Telefoonnummer: _____
E-mail / ZorgMail: _____

Reden van verwijzing

Gewenste verrichting:

- ☐ Kleine chirurgische verrichting ☐ Atheroomcyste ☐ Lipoom
☐ Naevus / huidafwijking ☐ Biopsie / excisie ☐ Ingegroeide teennagel
☐ Intra-artculaire injectie ☐ Schouder ☐ Knie ☐ Hand / pols
☐ Anticonceptiezorg – IUD ☐ Anticonceptiezorg – implantatiestaafje
☐ Kleine kwalen / beoordeling ☐ Anders, namelijk: _____

Medische informatie

Anamnese / klachten: _____
Werkdiagnose / indicatie: _____
Relevante voorgeschiedenis: _____
Medicatie: _____
Allergieën: _____
Antistolling: ☐ Nee ☐ Ja, namelijk: _____
Bijzonderheden / aandachtspunten: _____

Vraagstelling aan Tigris Clinic

Verwijzing

Hierbij verwijs ik bovengenoemde patiënt naar Tigris Clinic voor beoordeling en/of uitvoering van de aangevraagde verrichting. Met ondertekening van dit formulier verklaar ik als verwijzend huisarts akkoord te gaan met de samenwerking met Tigris Clinic in het kader van onderlinge dienstverlening.

Naam huisarts: _____
Datum: _____
Handtekening: _____

TIGRIS CLINIC • MSc. F. Al-Mansoury | Physician Assistant

Buitendijks 2, Papendrecht • BIG 99919477981 • 06 5913 2590 • www.tigrisclinic.nl

Medische terugkoppeling vindt plaats via een beveiligde overdracht, zoals ZorgMail.