

Aanvraagformulier Rust ECG

Huisarts: Adres: Postcode: Plaats: Telefoonnummer:	Praktijkstempel
--	-----------------

Datum onderzoek: Bloeddruk:	<u>Rapport retour aanvrager per fax of per e-mail? Graag invullen!</u> Faxnummer: E-mail:
--------------------------------	--

Patiëntgegevens

Voorletters: Naam: Geboortedatum: Adres: Postcode: Telefoonnummer: Zorgverzekeraar:	Geslacht: Meisjesnaam: Woonplaats: BSN-nummer: Polisnummer:
---	---

Medische gegevens en eventueel diagnose

Vraagstelling

Klacht patiënt:

Pols: reg/irr. Freq:

Harttonen/souffles, sterkte, punctum maximum:

Medicatie	Voorgeschiedenis
<input type="checkbox"/> ACE-remmers <input type="checkbox"/> Anti-aritmica <input type="checkbox"/> Beta-blokkers <input type="checkbox"/> Calciumantagonisten <input type="checkbox"/> Digitalis <input type="checkbox"/> Diuretica <input type="checkbox"/> Nitraten <input type="checkbox"/> Anders, nl.	<input type="checkbox"/> Roken <input type="checkbox"/> Hypertensie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Cardiale voorgeschiedenis <input type="checkbox"/> Anders, nl.