

PATIENTENKLEVER (ziekenhuis of mutualiteit)

Indien geen klever ter beschikking:

- Naam en voornaam patiënt: _____
- Geboortedatum: ____ / ____ / _____

Behandelende specialist: dr. _____

Type ingreep: _____ Rechts / Links

Datum ingreep: ____ / ____ / _____ **Datum opname:** ____ / ____ / _____

Type anesthesie: Algemene – Sedatie – Locale – Plexus – Epidurale – Spinale – IVR

Preop onderzoeken: Huisarts – Preop raadpleging – Niet noodzakelijk

Handtekening en stempel
behandelende arts

Belangrijke informatie/aandachtspunten voor de huisarts en/of preoperatieve consultatie:

Nuttige gegevens:

Dienst Opname en Inschrijvingen	T 02 257 56 20	Algemene afspraken	T 02 257 51 73
Chirurgisch Dagziekenhuis	T 02 257 58 46	Hospitalisatie heelkunde 1	T 02 257 57 60
Preoperatieve Consultatie	T 02 257 54 44	Hospitalisatie heelkunde 2	T 02 257 57 30
	F 02 257 53 84		
	✉ preop@azjanportaels.be		

Ingevuld terugbezorgen aan de Preoperatieve Consultatie. Indien u de preoperatieve onderzoeken laat uitvoeren bij uw huisarts of op de Preoperatieve Consultatie, neem dan steeds dit document mee.