

Skierowanie

Wypełnia lekarz pierwszego kontaktu/lekarz kierujący

Skierowanie do: Gynaikon Kliniek Rotterdam
Gynaikon Kliniek Roermond

DANE PACJENTA:

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:

Data pierwszego wywiadu:

Grupa krwi/Rh.:

Grav.:

Para.:

SC:

Data pierwszego dnia ostatniej miesiączki:

Czas trwania ciąży (tygodnie braku miesiączki):

Ciąża potwierdzona:

Badaniem moczu
Badaniem fizykalnym
daniem krwi
USG

Przyjmowane leki:

GYNAIKON KLINIEKEN

Strevelsweg 700 - 204, NL-3083 AS Rotterdam
Bredeweg 239 - S1, NL-6043 GA Roermond

tel. +31 (0)88 8884444
info@gynaikon.nl

AGB-code 49-493202
www.gynaikonklinieken.nl

Alergie:

Historia:

Transfuzja krwi

Zaburzenia krzepnięcia krwi

Choroby weneryczne

Choroby psychiatryczne

Choroby zakaźne

Chirurgia jamy brzusznej

Choroby serca

Nadciśnienie

Cukrzyca

Schorzenia neurologiczne

Anemia

Chirurgia ginekologiczna

Choroby nerek

Choroby płuc

Padaczka

Inne, jakie:

Wskazanie:

DANE LEKARZA KIERUJĄCEGO:

Imię i nazwisko:

Organizacja:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:

Numer telefonu:

E-mail:

Instrukcje dot. wysyłania:

*Zapisz ten plik jako: „Verwijsbrief_Datum_AchternaamPatient”
i wyślij jako załącznik lub przez Zivver Secure Email na adres:
info@gynaikon.nl*

GYNAIKON KLINIEKEN

Strevelsweg 700 - 204, NL-3083 AS Rotterdam
Bredeweg 239 - S1, NL-6043 GA Roermond

tel. +31 (0)88 8884444
info@gynaikon.nl

AGB-code 49-493202
www.gynaikonklinieken.nl