VERWIJZING DIAGNOSTISCH CENTRUM CARDIOLOGIE MEPPEL/STEENWIJK

Isala, t.a.v. Diagnostisch Centrum Cardiologie, Antwoordnr. 2049, 8000 VB Zwolle.
Tel.: 038-4247033, Fax.: 038-4243222, mail: planbureauDCC@isala.nl

Naam: …… M/V
Adres: ……
Postcode:……
Woonplaats: ……
Geb. datum: ……
Telefoonnr.: ……
Huisarts: ……
Datum bezoek huisarts: ……

Lengte: ……
Gewicht: ……
Tensie: ……
Risicofactoren: ja / nee
O Hypertensie
O Hypercholesterolemie
O Diabetes Mellitus
Roken : nooit /ooit / ja
Familie anamnese: + / -

Eerder gezien door cardiologen Isala Klinieken: J / N , naam cardioloog: ……

NB: onderstaande onderzoeken kunt u aanvragen voor patiënten vanaf 16 jaar!

Gewenst onderzoek:

O ECG in rust
O geen vervolgafspraak cardioloog
O bij duidelijke pathologie graag direct vervolgafspraak cardioloog

(Indien alleen aanvraag rust ECG, dan patiënten voor **Meppel:** rechtstreeks met dit formulier verwijzen naar Isala Diaconessenhuis Meppel, Hoogeveenseweg 38, 7943 KA Meppel
Melden: poli 46
Tijden: 8.15-8.45 / 11.45-12.15 / 15.15-16.00 uur

voor **Steenwijk:** Afspraak maken op tel: 0522-233020

O ECG in rust + inspanning, **bij duidelijke pathologie volgt vervolgafspraak cardiologie**
O ECG in rust + echocardiogram, **bij duidelijke pathologie volgt vervolgafspraak cardiologie**

---

1. Klacht/ symptoom die leidt tot aanvraag:
   1. Typische angina pectoris
   2. Atypische angina pectoris
   3. Aspecifieke pijn op de borst
   4. Souffle
   5. Verdenking hartfalen
      O aanwijzingen diastolisch hartfalen
   6. Ritmestoornissen
   7. Collaps
   8. Overig:……

2. Status van casus voor huisarts:
   1. Nieuw geval
   2. Recidief / exacerbatie
   3. Oud cq controle

3. Cardiologische voorgeschiedenis:
   1. Geen
   2. Hartkatheterisatie
   3. PTCA
   4. Hartoperatie
   5. Anders: ……

4. Vooraf geschatte kans op aandoening:
   1. Klein
   2. Groot
   3. Onbekend

5. Medicatie: ……
……
……
……

6. Ruimte voor vrije tekst:
(evt. achterzijde gebruiken)

Datum afspraak:

……dag……..om……uur

Cardioloog:……
Functie afd:……