

De Heer Mevrouw _____

Geboortedatum: _____ Telefoon: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Verzekeraar: _____ Polis nr. _____

Burger Service Nummer:

U bent verplicht een geldig verzekeringspasje en identificatie te tonen.

Datum:
Naam arts:

Tel. nr:

Patiënt is conform de werkafspraken van het DC|Almere op de hoogte van indicatie, eventuele contra-indicaties en mogelijke complicaties van de voorbereiding en uitvoering van het aangevraagde onderzoek: ja nee

Anticoagulantia ja nee
Diabetes Mellitus ja nee
Eerder scopie gehad ja nee
Pacemaker/ICD ja nee
Maagzuurremming ja nee
Sedatie ja nee

oesofagogastroduodenoscopie

Refluxklachten
 Persisterende / recidiverende
bovenbuiksklachten
 Alarmsymptomen
 Controle bekende aandoening

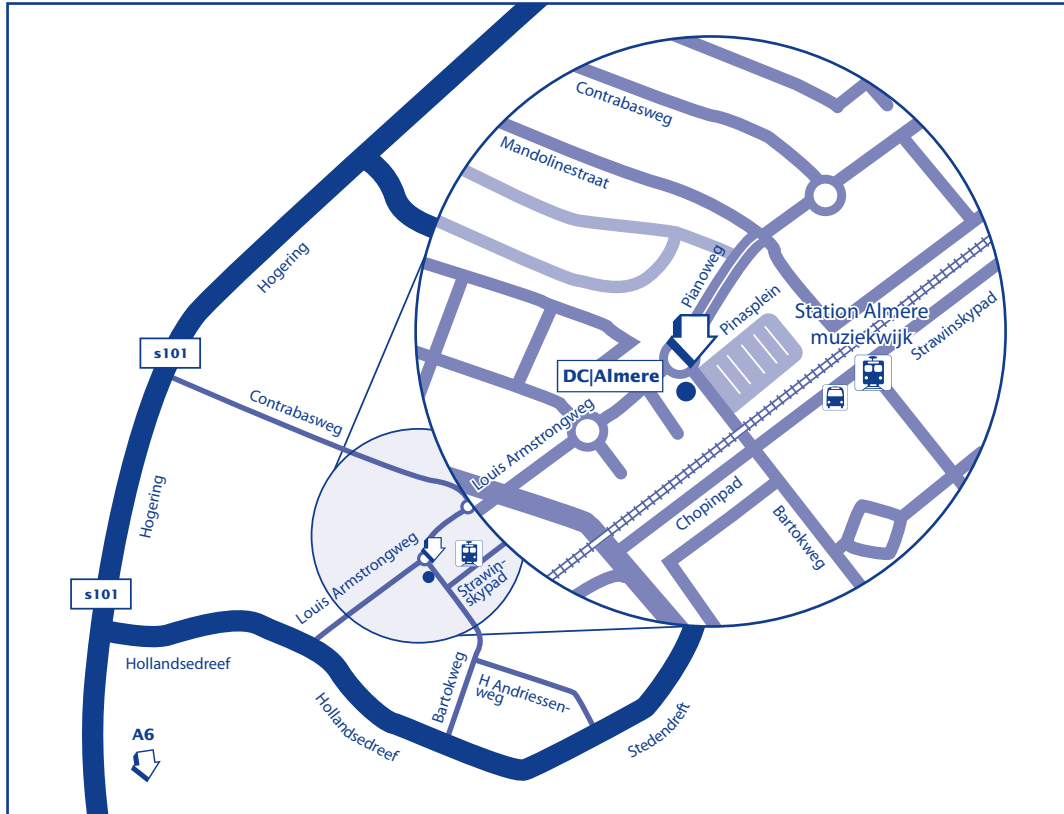
sigmoïdo **colonoscopie**

Rectaal bloedverlies
 Diarree
 Chronische buikpijn
 Veranderd defaecatiepatroon
 IJzerebreksanemie
 Familiaire darmpoliepen /
darmmaligniteit (specificeren)
 Controle bekende aandoening

**Relevante voorgeschiedenis, anamnese, lichamelijk
onderzoek en aanvullend onderzoek**

Vraagstelling

Bijzonderheden of opmerkingen



 **Diagnostisch
Centrum
Almere**

Bartokweg 161
1311 ZX Almere
tel. (036) 548 2160
fax (036) 548 2161

Bereikbaarheid

Openbaar vervoer

NS station Almere Muziekwijk
Stadsbus 4 (vanuit Almere Stad)

Parkeren

Parkeren (gratis) kan tegenover de ingang