

VERWIJSFORMULIER

Zorgpad moeheid

CENTRUM VOOR INTEGRATIEVE GENEESKUNDE

T +32 (0)9 332 10 65
E cig@uzgent.be

IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS OF
DE BEHANDELENDE ARTS-SPECIALIST

pagina
1/3

Bedankt om dit verwijsformulier zo volledig mogelijk in te vullen. We hebben nog geen behandelrelatie met de patiënt, daardoor kunnen we de medische en andere gegevens niet raadplegen in CoZo.

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS VAN DE HUISARTS OF ARTS-SPECIALIST

(in hoofdletters a.u.b.)

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres (straat, nummer, postcode en gemeente):

Telefoonnummer: _____

Gsm-nummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

Riziv-nummer: _____

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS VAN DE PATIËNT

(in hoofdletters a.u.b.)

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres (straat, nummer, postcode en gemeente):

Telefoonnummer: _____

Gsm-nummer: _____

Rijksregisternummer: _____

VERWIJSFORMULIER

Zorgpad moeheid

CENTRUM VOOR INTEGRATIEVE GENEESKUNDE

T +32 (0)9 332 10 65
E cig@uzgent.be

IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS OF
DE BEHANDELENDE ARTS-SPECIALIST

pagina
2/3

MEDISCHE GEGEVENS VAN DE PATIËNT

Medische voorgeschiedenis (relevante antecedenten):

Familiale voorgeschiedenis (relevante familiale antecedenten):

Belangrijkste actuele klachten

Klachten	Sinds wanneer?

KLINISCHE GEGEVENS (relevante klinische bevindingen*)

TECHNISCHE ONDERZOEKEN (relevante resultaten*)

Ik verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoende somatisch is onderzocht (met uitzondering van het slaaponderzoek dat deel uitmaakt van het zorgpad moeheid) en dat er geen duidelijke verklaring is gevonden voor het symptomencomplex. Daarom verwijs ik de patiënt naar het zorgpad moeheid van het Centrum voor integratieve geneeskunde.

Arts

datum

--

stempel en handtekening

--

* Bedankt om verslagen, beeldvorming en resultaten van alle al uitgevoerde onderzoeken mee te geven.