

PIJNKLINIEK**Raadpleging****Site Horta**
tel : 02/ 477.30.35**Medisch team**Coordinator : Dr N. MathieuAnesthesie:
Dr N. Mathieu
Dr S. Walckiers
Tel : 02/ 477.30.35Fysische geneeskunde en revalidatie
Dr A. Gierasimowicz-Fontana
Dr S. Hatem
Tel : 02/477.24.49Psychiatrie
Dr Y. Vandriette
Tel : 02/477.34.87**Paramedisch team**Kinesitherapie
Mevr V. De Buyst
Mevr F. Drouet
Mevr M. Tazeroualti
Mevr J. Van der Scheer
Tel : 02/477.23.89Psychologie
Mevr C. Henne
Tel : 02/477.21.41Secretariaat
Mevr J. Lorent
Tel. : 02/477.36.86Ziekenhuisapotheker
Mr F. Nicolas**Technische actes****Site Horta**: 02/ 477.33.00
02/ 477.33.00Dr N. Mathieu
Dr Ch. Plasman
Dr S. Walckiers**Site Paul Brien**: 02/477.94.36

Dr S. Walckiers

Brief aan de huisarts

Geachte collega,

Wij danken u voor het toevertrouwen van uw patiënt aan de pijnkliniek.

Het bijgevoegd formulier zal ons toelaten een maximum aan medische informatie te verzamelen waardoor we onze raadpleging optimaal kunnen voorbereiden.

Wij vinden het belangrijk dat u uw adres noteert zodat wij u een opvolgingsbrief kunnen sturen.

Kunt u uw patiënt eraan herinneren zijn SIS kaart mee te brengen, alsook zijn volledig dossier, radiografies met protocol, de huidige en voorheen geprobeerde medicatie.

Wij blijven volledig ter uwer beschikking voor bijkomende informatie.

Hoogachtend,

Het medisch team.

PIJNKLINIEK

Patiëntgegevens

Naam : Voornaam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode : Stad :

Telefoonnummer :

Aanvraag van de verwijzende arts

Reden van consultatie

.....

Vorige technische onderzoeken

(Gelieve het protocol bij te voegen)

Onderzoek	Datum	Besluit

Antecedente

.....



PIJNKLINIEK

Huidige behandeling

Naam	Dosis	Duur van de behandeling

Traitement(s) antalgique(s) essayé(s)

Naam	Dosis	Duur van de behandeling

Datum en handtekening

Stempel van de verwijzende arts

Gegevens van de verwijzende arts

Adres :

.....

Postcode :

Stad :

Telefoonnummer :

