

Voorschrift Holterfoon®/Eventfoon® hartritmediagnostiek
Bij aanmelden faxen naar: **020.753 70 08**

Patiëntgegevens

Naam:	Voorl.:
Geb. datum:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:	Tel.:
Postcode:	Plaats:
Verzekeraar:	
Polisnummer:	UZOVI-code:

Indicatie

<input type="checkbox"/> Hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Gevoel van lichtheid in het hoofd
<input type="checkbox"/> Overslaan van het hart	<input type="checkbox"/> Gevoel flauw te vallen
<input type="checkbox"/> Onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/> Duizeligheid
<input type="checkbox"/> Verdenking paroxysmaal atriumfibrilleren	<input type="checkbox"/> Syncopes/Wegrakingen (= 1 opname)
<input type="checkbox"/> Overig: _____	

Medische gegevens

1. Gewicht: _____ Lengte: _____
Heeft de patiënt:

2. Hypertensie? Nee Ja

3. Diabetes Mellitus? Nee Ja

4. Een chronische ziekte? Nee Ja nl: _____

5. Cardiologisch controle? Nee ja
Ziekenhuis/cardioloog: _____

6. Medicijn:	Dosering:	Medicijn:	Dosering:

Indien "ja" geantwoord op vraag 5:

7. Aangeboren hartafwijking? Nee Ja nl: _____

8. Hartinfarct doorgemaakt? Nee Ja wanneer: _____

9. Bewezen ritmestoornis? Nee Ja nl: _____

10. Hartoperatie? Nee Ja nl: _____

11. Pacemaker? Nee Ja

Instellingen: _____

Ligging: Atrium Ventrikel Atrium+Ventrikel
 On demand Fixed rate Frequentie: _____ bpm:

Arts

Datum: _____ AGB-code: _____

Naam arts: _____ Handtekening arts: _____

Uitgifte & Machtiging Holterfoon® Hartritmediagnostiek

Bij aan- en afmelden faxen naar: **020.753 70 08**

Patiëntgegevens

Naam:	Voorl.:
Geb. datum:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:	Tel.:
Postcode:	Plaats:
Verzekeraar:	
Polisnummer:	UZOVI-code:

Toestemming

Hierbij geef ik IPT Medical Services BV toestemming alle relevante medische gegevens in verband met hartritmediagnostiek uit mijn medisch dossier op te vragen bij en uit te wisselen met mijn behandelend arts(en). IPT Medical Services BV zal deze gegevens op een juiste en zorgvuldige wijze bewaren.

Het is mij bekend dat alle in- en uitgaande gesprekken van de medische service centrale geregistreerd worden.

Tevens geef ik mijn behandelend arts(en) toestemming mijn medische gegevens op verzoek aan IPT Medical Services BV te verstrekken. Vorenbedoelde gegevens zullen worden gebruikt met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens en het medisch beroepsgeheim. Ik heb er geen bezwaar tegen dat mijn medische gegevens gebruikt zullen worden voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek.

Handtekening patiënt: _____

Machtiging

De Holterfoon® is vandaag, na uitleg aan mij over het gebruik ervan, in goede staat voor de duur van maximaal 30 dagen aan mij ter beschikking gesteld.

Indien ik de Holterfoon® niet binnen 30 dagen na de datum van uitgifte inlever bij het uitgiftepunt c.q. niet in goede staat inlever, verleen ik hierbij een eenmalige machtiging aan:

IPT Medical Services BV, Huizermaatweg 460, te Huizen om ter schadeloosstelling een som van € 75,= af te schrijven van mijn

bank/giro rekening: _____

ten name van: _____ te _____

Bij inlevering van de Holterfoon® vervalt de machtiging automatisch.

Uitgiftedatum Holterfoon®: _____ Handtekening patiënt: _____

Retour

Retourdatum Holterfoon®: _____ Handtekening praktijk/polikliniek: _____

IPT Medical Services B.V. • Huizermaatweg 460 • 1276 LM Huizen • Telefoon 035.528 93 90 • www.ipt-telemedicine.nl

