

Haringvliet 2  
3011 TD Rotterdam

t 088 0100 913  
f (020) 7089 370

mdl@havenpolikliniek.info  
www.yysl.nl

## Endoscopie aanvraagformulier

vl. naam  dhr.  mevr.

geb.dat. - - tel.

straat huisnr.

postcode woonpl.

e-mail

verzekeraar

polisnr.

burgerservicenummer  *Let op! U bent verplicht een geldig verzekeringspasje en identificatie te tonen.*

Datum: - -

Arts:

Tel. nr:

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

### RELEVANTE VOORGESCHIEDENIS, ANAMNESE, LICHAAMELIJK ONDERZOEK EN AANVULLEND ONDERZOEK

.....

.....

.....

.....

.....

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

### VRAAGSTELLING

.....

.....

.....

.....

.....

**Oesofagogastroduodenoscopie**  
 Refluxklachten  
 Persistentende / recidiverende bovenbuikklachten  
 Alarmsymptomen  
 Controle bekende aandoening

### BIJZONDERHEDEN OF OPMERKINGEN

.....

.....

.....

.....

.....

**Sigmoido**  **Colonoscopie**  
 Rectaal bloedverlies  
 Diarree  
 Chronische buikpijn  
 Veranderd defaecatiepatroon  
 IJzergebreksanemie  
 Familiaire darmpoliepen / darmmaligniteit (specificeren)  
 Controle bekende aandoening