

Cliëntgegevens

Naam :
Adres :
Postcode/Plaats :
Geboortedatum :
Geslacht M/V :
Telefoonnummer :

Hierbij verzoekt ondergetekende, als behandelend arts, De Nationale Trombose Dienst om de controle op de vitamine K antagonist definitief te stoppen

Naam arts :
Ziekenhuis :
Specialisme :
Telefoonnummer :
Fax :

Stopdatum vitamine K antagonist: _____
(VERPLICHT VELD)

Reden stoppen vitamine K antagonist:
(VERPLICHT VELD)

Datum: _____
(VERPLICHT VELD)

Handtekening: _____
(VERPLICHT VELD)

GRAAG INGEVULD EN ONDERTEKEND RETOURNEREN AAN ONDERSTAAND FAXNUMMER
FAXNUMMER VIRTUELE TROMBOSE DIENST / DE NATIONALE TROMBOSE DIENST 088 003 8820