

Naam + voorletters: .....  
Geboortenaam: .....  
Geboortedatum: ..... - ..... - .....  Man  Vrouw  
Adres: .....  
Postcode + plaats: .....  
BSN: .....

Zou u zo vriendelijk willen zijn om dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen?

## Aanvraag Vaatlab Perifeer Arterieel Vaatlijden

Afspraak: .....

Aanvrager:

naam, adres en/of code

### Werkwijze:

- uw huisarts geeft dit formulier mee
- u belt tijdens kantooruren voor een afspraak op het vaatlab met de poli chirurgie 0229 257150/257151
- het onderzoek vindt plaats bij het vaatlab, poli 1 Dijklander ziekenhuis Hoorn

### Indicatie

- EAI kan niet in eigen beheer
- Gemiddelde  $\geq 0,9$  EAI  $\leq 1,0$  en twijfel over de diagnose
- Patiënt heeft DM en vermoeden chronisch obstructief art vaatlijden
- Anders: .....

### Patiënt is mobiel zonder hulpmiddelen

(geen rolstoel, krukken nodig of alleen met rollator lopen; geen zuurstof in rust of bij inspanning; geen ernstige cardiale klachten op dit moment of recent infarct <3 maanden geleden)

- Ja
- Nee

### Klachten

- Linkerbeen
- Rechterbeen
- Beiderzijds