

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 maakt een afspraak via het Klant Contact Centrum:  
0229 257 257
- Graag aanmelden bij meldzuil poli 3 en plaatsnemen  
in wachtkamer bij poli 1
- U heeft ALLEEN een afspraak voor vaatonderzoek,  
GEEN afspraak met een vaatchirurg
- U ontvangt de uitslag van het vaatonderzoek van uw  
huisarts

### Indicatie

- EAI kan niet in eigen beheer
- Gemiddelde > 0,9 EAI < 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