

Datum aanvraag: ..... - ..... - .....	
<b>Verwijzer (stempel)</b> Naam ..... Straat ..... Postcode & Plaats ..... Telefoonnummer ..... Faxnummer .....	<b>Patiënt</b> Naam ..... Straat ..... Postcode & Plaats ..... Telefoonnummer ..... Geboortedatum ..... - ..... - ..... BSN .....
Contactpersoon patiënt ..... Relatie tot patiënt .....	Tel. contactpersoon .....
<b>Toestemming voor gegevensuitwisseling met DementieD:</b> <input type="checkbox"/> ja, van patiënt zelf <input type="checkbox"/> ja, via contactpersoon	
<b>A. Reden consultvraag:</b> <input type="checkbox"/> Vraag over mogelijke behandeling dementie <input type="checkbox"/> Problemen met slikken, spreken en ergonomische problemen <input type="checkbox"/> Consultatie over reeds ingezette medicamenteuze behandeling en dementie gerelateerd gedrag	
<b>B. Voorgeschiedenis:</b> HIS-uitdraai meegefaxt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee ..... .....	
<b>C. Beschrijving symptomen/consultvraag:</b> ..... ..... .....	
Lab bijzonderheden: <input type="checkbox"/> niet bepaald <input type="checkbox"/> ja, namelijk: .....	
<b>D. Klachten/problemen bestaan sinds</b> ..... - ..... - .....	
<b>E. Huidige medicatie:</b> ..... ..... .....	

Dit formulier **faxen naar 033 432 61 05.**

Voor meer informatie of overleg kunt u bellen of mailen met DementieD: 033 432 61 20 of [info@DementieD.nl](mailto:info@DementieD.nl).

Zie ook [www.DementieD.nl](http://www.DementieD.nl). Hier vindt u de meest recente verwijsformulieren.