



Trombosedienst *Regio Eindhoven*

FAXNUMMER TROMBOSEDIENST REGIO EINDHOVEN / WEERT: 040-2549233

GRAAG ONTVANGEN WE DIT FORMULIER ZSM RETOUR

AFMELDINGSFORMULIER ANTISTOLLINGSTHERAPIE (coumarines)

Naam :

Adres :

Postcode/Plaats :

Geboortedatum :

Telefoonnummer :

Hierbij verzoekt ondergetekende, behandelend arts, de antistollingsbehandeling te stoppen.

De reden voor het staken van de orale antistollingsbehandeling:

In opdracht van

Naam arts:

Datum:

Handtekening:

Ziekenhuis:

Specialisme:

Telefoonnummer:

De Trombosedienst gaat ervan uit dat u als behandelaar de patiënt zonodig een ander preparaat voorschrijft.

AFMELDINGSFORMULIER TROMBOSEDIENST REGIO EINDHOVEN