Brief afmelden antistolling behandelaar

Trombosedienst Regio Eindhoven
Boschdijk 1119
5626 AG EINDHOVEN
Telefoonnummer : 040 - 2141262
E-mailadres : info@tdre.nl
Website : www.tdre.nl

AFMELDINGSFORMULIER TROMBOSEDIENST REGIO EINDHOVEN

GRAAG ONTVANGEN WE DIT FORMULIER Z.S.M. RETOUR

Afmelden patiënt m.b.t. gebruik vitamine K-antagonist

Naam :

Adres :

Postcode/Plaats :

Geboortedatum :

Telefoonnummer :

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

De reden voor het staken van de orale antistollingsbehandeling:

……..

Naam arts:

……..

Ziekenhuis/Huisartspraktijk:

……

Specialisme (indien van toepassing):

……..

Datum:

……

Handtekening:

.....

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

versie 015 (geldig tot 04-10-2026)