

AANMELDFORMULIER REGIONAAL OVERLEG VULVA-PATHOLOGIE

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Toestemming patiënt gevraagd? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> Nee | <i>Toestemming uitwisseling gegevens herleidbaar op voorblad HIX</i> |
| Naam patiënt | | Naam ziekenhuis | |
| Geslacht | | Vrouw <input checked="" type="checkbox"/> X | Naam dermatoloog/ gynaecoloog |
| Geboortedatum | | Medebehandeling Erasmus MC | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Datum aanmelding | | Eerder besproken op | |
| Revisie patholoog? | | Zo Ja T-nummer | |

| |
|--|
| Vraagstelling ter bespreking in MDO vulvopathologie regionaal netwerk |
| |

| |
|------------------------------|
| Advies/ Conclusie MDO |
| |