

Formulier voor verwijzingsaanvraag

(Artikelen met ** zijn vereist voor verwerking)

Faxen naar: 650-320-9443 of online indienen via


 Radiologie Verwijzingen/bestellingen: Gebruik formulier: <https://stanfordhealthcare.org/imaging>
Patiënt informatie
Reden van doorverwijzing

Als het voorblad voor medische dossiers is bijgevoegd, kunnen de patiëntgegevens blanco worden gelaten			Prioriteit: routinematig <input type="checkbox"/> Medisch dringend <input type="checkbox"/>		
Naam (Eerste middelste laatste)**			Seks: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk		
			<u>Indien medisch urgent, beschrijf alsjeblieft:</u>		
Geboortedatum**			Diagnose/ICD 10**		
Telefoonnummer**			Secundair contactnummer		
			Kliniek/Specialiteit Gevraagd**		
Adres**			Arts gevraagd		
			Locatie aangevraagd		
Stad**			Postcode**		
			Staat		
Als de gevraagde arts niet beschikbaar is, kan de patiënt dan door een andere zorgverlener worden gezien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>			Neem contact op met de verwijzende aanbieder		
Tolk nodig? Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>			Voorkeurstaal:		
			<input type="checkbox"/> Overleg <input type="checkbox"/> 2 nd Mening <input type="checkbox"/> Procedure <input type="checkbox"/> Ander		

Informatie over verwijzende aanbieder

Naam van verwijzende provider**			PCP-naam		
Praktijknaam**					
Kantoor adres**				Stad**	
Staat**		Postcode**		NPI-nummer	
Telefoon**		Fax**		Specialiteit van de aanbieder	

Documentatie gevraagd
☐ Relevante klinische opmerkingen (Geschiedenis en fysieke, beeldvormings- en laboratoriumresultaten)

☐ Kopie verzekeringskaart

☐ Informatie over verzekeringsvergunning (indien vereist)

 Physician Referral and Information
at Stanford Medicine

**Send and manage
referrals online**

prism.stanfordhealthcare.org