

VERWIJZINGSFORMULIER

Hartelijk dank dat u ervoor heeft gekozen uw patiënt naar ons te verwijzen. Om het verwijzingsproces te starten, faxt u dit formulier naar de UCSF-dienst waarnaar u uw patiënt verwijst.

- Faxnummers kunt u online vinden op www.ucsfhealth.org/prd2010
- Voeg korte relevante medische dossiers toe, inclusief testresultaten die het consult ondersteunen

Als u aanvullende hulp nodig heeft, bel dan (800) 444-2559 en vraag naar de UCSF-praktijk of de Referral Liaison Service.

Datum:

Van:

Aantal pagina's:

Titel:

Naar de UCSF-praktijk:

Telefoon:

Fax:

Fax:

GEDULDIGINFORMATIE

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Tolk nodig: - Ja - Nee

Taal:

Telefoon thuis:

- Werk of - mobiele telefoon:

Indien kind, naam ouder:

Adres:

Stad:

Ritssluiting:

Verzekering: Voeg de verzekeringskaart van de patiënt (beide zijden) en HMO-autorisatie toe, indien nodig

CONSU LTAT I OP VERZOEKINFORMATIE

Diagnose/ICD10

Naam van UCSF-arts (indien bekend):

Specialiteit:

Reden voor overleg:

Door de gevraagde informatie te verstrekken en hieronder te ondertekenen, gaat u ermee akkoord dat wij na overleg een behandeling kunnen starten of in verband met dit overleg medisch noodzakelijke diagnostiek mogen uitvoeren. Wij kijken ernaar uit om met u samen te werken aan het behandelplan van uw patiënt.

VERWIJZENDE ARTSINFORMATIE

Verwijzende arts:

Specialiteit:

Telefoon:

Fax:

PCP-naam:

Telefoon:

Handtekening:

KENNISGEVING VAN VERTROUWELIJKHEID: Dit is een vertrouwelijke fax en uitsluitend bestemd voor de hierboven aangegeven persoon. Als u niet de beoogde persoon bent, wordt u hierbij op de hoogte gebracht van het vertrouwelijke karakter van deze fax en dat u niet het recht hebt om de hierin opgenomen informatie te lezen, kopiëren of anderszins te verspreiden.