

Verwijzing voor Mohs micrografische chirurgie

Dit formulier voorzien van PA-uitslag en foto mailen (via Zivver) naar info.huidenvaten@bergmanclinics.nl of faxen naar 088 9000 501. Het is tevens mogelijk om dit formulier via de website in te vullen <https://www.bergmanclinics.nl/huisartsen/mohs-chirurgie> of uw patiënt via Zorgdomein te verwijzen.

1. Gegevens verwijzer

Naam*
AGB-code*
Ziekenhuis*
Telefoon
Email*
Verwijsdatum*

2. Gegevens patiënt

Geboortenaam*
Initialen*
Geboortedatum*
BSN-nummer*
Telefoon*
Email*

3. Indicatie

3a. Soort*
basaalcelcarcinoom
plaveiselcelcarcinoom

3b. Behandeling*
primair (onbehandeld)
recidief
irradicaal geëxcideerd

3c. Groeiwijze*
superficieel
solide
micronodulair
sprieterig

3d. Locatie*

4. Operatielocatie

Haarlem
Hilversum
Rijswijk

5. Opmerking (bloedverdunners / pacemaker of ICD)

Opmerking

* Invoer is verplicht