

# Verwijzing voor Mohs micrografische chirurgie

Dit formulier voorzien van PA-uitslag en foto mailen (via Zivver) naar [info.huidenvaten@bergmanclinics.nl](mailto:info.huidenvaten@bergmanclinics.nl) of faxen naar 088 9000 606. 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

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

3c. Groeiwijze\*                superficieel  
                                      solide  
                                      micronodulair  
                                      sprieterig

3d. Locatie\*

## 4. Opmerking (bloedverdunners / pacemaker of ICD)

Opmerking

\* Invoer is verplicht