

Trombosedienst: Staken antistollingstherapie en afmelden begeleiding

Naam patiënt:

Geboortedatum: > (dd/mm/jjjj)

Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw

Patiëntennummer:

Bovengenoemde patiënt heeft antistolling voor de indicatie:

De antistolling wordt gestaakt per:

Reden van staken:

Datum: > (dd/mm/jjjj)

Naam en handtekening behandelaar:

De dienstverlening van de Trombosedienst Maastricht geef ik het rapportcijfer:

Toelichting/verbeterpunt:

**Dit formulier mailen naar de trombosedienst:
trombosedienst.maastricht@mumc.nl**