



AFSPRAAK PIJNCENTRUM	
Dag:	
Datum:	.. / .. / 20..
Uur:	

Verwijzende arts:

Diagnose:

Datum aanvraag: .. / .. / 20..

Patiëntenklever

TECHNIEK	LOCATIE	NIVEAU	LINKS/RECHTS	FREQUENTIE
<input type="checkbox"/> RF ggl pterygopalatinum (<i>sfero</i>)			<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Thermocoagulatie ggl van Gasser (<i>Trigeminus</i>)	Tak:		<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Epidurale infiltratie	<input type="checkbox"/> Lumbaal <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Cervicaal	L L T T C C	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts maal maal maal
<input type="checkbox"/> Transforaminale epidurale infiltratie	<input type="checkbox"/> Lumbaal <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Cervicaal	L L T T C C	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts maal maal maal
<input type="checkbox"/> Diagnostisch infiltratie facet (<i>Medial Branch</i>)	<input type="checkbox"/> Lumbaal <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Cervicaal	L L S T T T C C C	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Radiofrequente facetdenervatie <input type="checkbox"/> O Diagn. blokkade op	<input type="checkbox"/> Lumbaal <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Cervicaal	L L S T T T C C C	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Proef wortelblok (<i>rhizo</i>)	<input type="checkbox"/> Sacraal <input type="checkbox"/> Lumbaal <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Cervicaal	S L T C	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Radiofrequente rhizolyse <input type="checkbox"/> O Diagn. blokkade op CAVE niet meer dan 3 maanden	<input type="checkbox"/> Sacraal <input type="checkbox"/> Lumbaal <input type="checkbox"/> Thoracaal <input type="checkbox"/> Cervicaal	S L T C	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Perifere zenuw			<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
AANDACHTSPUNTEN	JA/NEEN	SPECIFIEER	DATUM STOP	DATUM START
<input type="checkbox"/> Bloedverdunners:	Ja / Neen		.. / .. / 20..	L.M.W.H: .. / .. / 20..
Niet toedienen op dag infiltratie <input type="checkbox"/> L.M.W.H.:	Ja / Neen			
<input type="checkbox"/> Andere aandachtspunten:	Ja / Neen			