

**DIENST ANESTHESIE**  
**Pr P. VAN DER LINDEN****PIJNKLINIEK****CONSULTATIONS**

Site Horta  
Tél : 02/ 477.30.35

**Equipe médicale**

Coordination : Dr N. Mathieu

**Anesthésiologie**

Dr N. Mathieu  
Dr E. Mariaule  
Dr N. Vervloesem  
Tél: 02/ 477.30.35

**Médecine Physique et****Réadaptation**

Dr A. Gierasimowicz-Fontana  
Dr S. Hatem  
Dr V. Prist  
Tél : 02/477.24.49

**Equipe paramédicale****Assistant social**

Mr L. Denotte

**Infirmières**

Mme D. Dumont  
Mme I. Fernandez De Houwer

**Kinésithérapie**

Mme M-H. Charon  
Mme F. Drouet  
Mme M. Tazeroualti  
Mme J. Van der Scheer  
Tél : 02/477.23.89

**Psychologie**

Melle C. Henne  
Tél : 02/477.21.41

**Pharmaciens hospitalier**

Mr F. Nicolas

**ACTES TECHNIQUES**

**Site Horta:** 02/ 477.33.00  
02/ 477.33.00

Dr N. Mathieu  
Dr Ch. Plasman  
Dr N. Vervoessem

**Site Paul Brien:**

02/477.94.36

Dr M.C. Debroux

**Brief aan de huisarts**

Geachte collega,

Wij danken u voor het toevertrouwen van uw patiënt aan de pijnkliniek.

Het bijgevoegd formulier zal ons toelaten een maximum aan medische informatie te verzamelen waardoor we onze raadpleging optimaal kunnen voorbereiden.

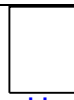
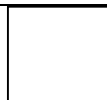
Wij vinden het belangrijk dat u uw adres noteert zodat wij u een opvolgingsbrief kunnen sturen.

Kunt u uw patiënt eraan herinneren zijn SIS kaart mee te brengen, alsook zijn volledig dossier, radiografies met protocol, de huidige en voorheen geprobeerde medicatie.

Wij blijven volledig ter uwer beschikking voor bijkomende informatie.

Hoogachtend,

Het medisch team.



**DIENST ANESTHESIE**  
**Pr P. VAN DER LINDEN**

**PIJNKLINIEK**

**Patiëntgegevens**

Naam : ..... Voornaam : .....

Geboortedatum : .....

Adres : .....

Postcode : ..... Stad : .....

Telefoonnummer : .....

**Aanvraag van de verwijzende arts**

**Reden van consultatie**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Vorige technische onderzoeken**

(Gelieve het protocol bij te voegen)

Onderzoek	Datum	Besluit

**Antecedente**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



**DIENST ANESTHESIE**  
**Pr P. VAN DER LINDEN**

**PIJNKLINIEK**

**Huidige behandeling**

Naam	Dosis	Duur van de behandeling

**Traitement(s) antalgique(s) essayé(s)**

Naam	Dosis	Duur van de behandeling

**Datum en handtekening**

*Stempel van de verwijzende arts*

*Gegevens van de verwijzende arts*

Adres : .....

.....

Postcode : .....

Stad : .....

Telefoonnummer : .....

