

VERSLAG IVM DE GASTROPLASTIE

In te vullen door de arts

Terugsturen t.a.v. de raadgeeneesheer: DKV Belgium N.V. – Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | E-mail: medical@dkv.be

Polisnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Inschrijvingsnr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naam en voornaam van de patiënt: _____

Geboortedatum: _____ / _____ / _____

1. Preoperatieve lengte en gewicht:

Gewicht: _____ kg Lengte: _____ cm

2. Oorzaken van de obesitas:

3. Evolutie van het gewicht gedurende de laatste 5 jaar:

Datum:	Gewicht:	Aard van de behandeling (dieet, medicatie, ...)
____ / ____ / ____	_____ kg	_____
____ / ____ / ____	_____ kg	_____
____ / ____ / ____	_____ kg	_____
____ / ____ / ____	_____ kg	_____
____ / ____ / ____	_____ kg	_____

4. Datum waarop er beslist werd om heelkundig in te grijpen en de motieven aan de basis van deze beslissing:

5. BMI op die datum:

6. Welk type van heelkundige ingreep werd er uitgevoerd:

7. Zijn er bijkomende medische risicofactoren vastgesteld bij de patiënt(e) zoals bijvoorbeeld:

- aandoeningen van de luchtwegen
- cardio-vasculaire aandoeningen
- osteo-musculaire aandoeningen
- aandoeningen van de stofwisseling
- aandoeningen van psychische aard

Gelieve om in voorkomend geval de volgende gegevens aan te vullen en de verslagen van de specialistische onderzoeken en de protocols van de eventuele medische beeldvorming bij te voegen.

Diagnose:

Datum vaststelling diagnose:

____ / ____ / ____

Aard van de toen ingestelde behandeling:

Datum:

____ / ____ / ____

Handtekening + stempel van de arts
