

# Gezondheidsvragenlijst voor procedurele sedatie en/of analgesie (PSA)

Wilt u deze invullen?

## Registratie-etiket van de patiënt

Wilt u uw naam en geboortedatum controleren of die correct op het etiket staan?

Zo niet, wilt u dit dan op het etiket aangeven?

## Waarom deze gezondheidsvragenlijst?

U krijgt binnenkort voor een onderzoek of behandeling procedurele sedatie en/of analgesie. Wilt u daarom onderstaande vragenlijst invullen? Met deze lijst gaat de Sedatie Praktijk Specialist - zo nodig in overleg met uw anesthesioloog - na of procedurele sedatie en/of analgesie veilig is voor u. Wilt u alle vragen daarom zo goed mogelijk beantwoorden?

## Wilt u de vragenlijst zo spoedig mogelijk terugsturen?

Wilt u de gezondheidsvragenlijst zo spoedig mogelijk ingevuld terugsturen? U kunt hiervoor de bijgevoegde retourenvelop gebruiken (een postzegel is niet nodig).

Het kan zijn dat we nog vragen hebben over uw ingevulde vragenlijst. We nemen dan telefonisch contact met u op en nodigen u zo nodig uit voor nader voorbereidend onderzoek.

## Geef eventuele veranderingen door aan de Sedatie Praktijk Specialist

Verandert er in de tijd tussen het invullen van de vragenlijst en de ingreep iets rond uw gezondheid en/of medicijngebruik? Geef dit dan door aan de Sedatie Praktijk Specialist.

## Controle vlak voor de ingreep

Op de dag van het onderzoek/de behandeling, gaat de Sedatie Praktijk Specialist nog een keer na of procedurele sedatie en/of analgesie veilig is voor u. U wordt zo nodig nog lichamelijk onderzocht. De kans is niet groot, maar houdt u er rekening mee dat de ingreep op basis van deze laatste controle niet door kan gaan.

In de folder 'Procedurele sedatie en/of analgesie' vindt u meer informatie en uitleg.

## Algemene vragen over uw gezondheid (anamnese)

### Wilt u alle vragen die hieronder staan beantwoorden?

Heeft u de folder 'Procedurele sedatie en/of analgesie' ontvangen en gelezen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Wat is uw gewicht? ..... kg. Hoe lang bent u? ..... cm.			
Bent u ergens allergisch of overgevoelig voor?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Zo ja, waarvoor?			
<input type="checkbox"/> contrastmiddel	<input type="checkbox"/> jodium	<input type="checkbox"/> pleisters	<input type="checkbox"/> latex
<input type="checkbox"/> medicatie	<input type="checkbox"/> kiwi	<input type="checkbox"/> banaan	<input type="checkbox"/> avocado
<input type="checkbox"/> noten	<input type="checkbox"/> pinda	<input type="checkbox"/> soja	<input type="checkbox"/> pollen en grassoorten
<input type="checkbox"/> huisstofmijt	<input type="checkbox"/> niet bekend	<input type="checkbox"/> overig .....	
Welke allergische klachten krijgt u?			
<input type="checkbox"/> huiduitslag en/of jeuk			
<input type="checkbox"/> misselijkheid en/of braken			
<input type="checkbox"/> benauwdheid en/of hartkloppingen			
<input type="checkbox"/> zwelling van het gezicht, lippen en/of tong			
<input type="checkbox"/> anders, namelijk .....			
Gebruikt u medicijnen? (bijv. (zet)pillen, 'de pil', smeersels, druppels, inhalatie etc.)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Zo ja, welke?			
1 .....	dosis: ..... (mg)	hoe vaak per dag: .....	
2 .....	dosis: ..... (mg)	hoe vaak per dag: .....	
3 .....	dosis: ..... (mg)	hoe vaak per dag: .....	
4 .....	dosis: ..... (mg)	hoe vaak per dag: .....	
5 .....	dosis: ..... (mg)	hoe vaak per dag: .....	
6 .....	dosis: ..... (mg)	hoe vaak per dag: .....	
( U mag een uitdraai van de apotheek meesturen )			
Bent u eerder geopereerd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Zo ja, waaraan en wanneer?			
1 .....	in .....	(jaar)	
2 .....	in .....	(jaar)	
3 .....	in .....	(jaar)	
4 .....	in .....	(jaar)	
5 .....	in .....	(jaar)	
Waren er problemen bij eerdere operatie(s)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Zo ja, welke problemen?			
<input type="checkbox"/> misselijkheid / braken	<input type="checkbox"/> hoofdpijn na ruggenprik		
<input type="checkbox"/> extreem veel pijn	<input type="checkbox"/> lage bloeddruk		
<input type="checkbox"/> koorts	<input type="checkbox"/> heel veel jeuk na ingreep		
<input type="checkbox"/> nabloedingen	<input type="checkbox"/> wakker tijdens narcose		
<input type="checkbox"/> lastig om buisje in luchtpijp te plaatsen	<input type="checkbox"/> overig.....		

Heeft u last van reisziekte of wagenziekte?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Wordt u nu of bent u in het verleden behandeld door een arts voor andere klachten dan de klachten waar u nu voor komt?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, door welke arts(en)?	
<input type="checkbox"/> cardioloog	<input type="checkbox"/> internist
<input type="checkbox"/> longarts	<input type="checkbox"/> neuroloog
<input type="checkbox"/> kinderarts	<input type="checkbox"/> overig.....
In welk ziekenhuis? .....	
Voor welke klachten? .....	
Bent uw momenteel (of de afgelopen 3 maanden) zwanger (geweest)?	<input type="checkbox"/> nvt <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad?	<input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zijn er irregulaire antistoffen in uw bloed aangetoond?	<input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>● Roken, alcohol en drugs</b>	
Rookt u?	
<input type="checkbox"/> nooit	
<input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sinds wanneer rookt u? ..... (jaartal)</li> <li>• soort tabak <input type="checkbox"/> sigaretten <input type="checkbox"/> shag <input type="checkbox"/> sigaren</li> <li style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> pijp <input type="checkbox"/> .....</li> <li>• aantal per dag .....</li> </ul>
<input type="checkbox"/> gestopt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sinds wanneer rookt u? ..... (jaartal)</li> <li>• soort tabak <input type="checkbox"/> sigaretten <input type="checkbox"/> shag <input type="checkbox"/> sigaren</li> <li style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> pijp <input type="checkbox"/> .....</li> <li>• aantal per dag .....</li> <li>• gestopt met roken sinds ..... (jaartal)</li> </ul>
Gebruikt u alcohol?	
<input type="checkbox"/> nooit	
<input type="checkbox"/> ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sinds wanneer drinkt u alcohol? ..... (jaartal)</li> <li>• soort alcohol <input type="checkbox"/> bier <input type="checkbox"/> likeur <input type="checkbox"/> gedestilleerd</li> <li style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> wijn <input type="checkbox"/> vermouth/port/sherry</li> <li style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> .....</li> <li>• hoeveelheid alcohol <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> minder dan 2 eenheden per dag</li> <li><input type="checkbox"/> tussen de 2 en 6 eenheden per dag</li> <li><input type="checkbox"/> meer dan 6 eenheden per dag</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> gestopt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sinds wanneer dronk u alcohol?..... (jaartal)</li> <li>• soort alcohol <input type="checkbox"/> bier <input type="checkbox"/> likeur <input type="checkbox"/> gedestilleerd</li> <li style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> wijn <input type="checkbox"/> vermouth/port/sherry</li> <li style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> .....</li> <li>• hoeveelheid alcohol <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> minder dan 2 eenheden per dag</li> <li><input type="checkbox"/> tussen de 2 en 6 eenheden per dag</li> </ul> </li> </ul>

meer dan 6 eenheden per dag

.....

• gestopt met alcohol drinken sinds ..... (jaartal)

Gebruikt u drugs?

nooit

ja

• sinds wanneer gebruikt u drugs? ..... (jaartal)

• soort drugs  cannabis  amfetaminen  opiaten

MDMA (XTC)  QAT  GHB

heroïne  cocaïne

.....

• hoeveelheid drugs ..... (aantal per dag)

• toegangsweg drugs

oraal  pulmonaal  subcutaan

nasaal  intraveneus  intramusculair

.....

gestopt

• sinds wanneer gebruikt u drugs? ..... (jaartal)

• soort drugs  cannabis  amfetaminen  opiaten

MDMA (XTC)  QAT  GHB

heroïne  cocaïne

.....

• hoeveelheid drugs ..... (aantal per dag)

• toegangsweg drugs

oraal  pulmonaal  subcutaan

nasaal  intraveneus  intramusculair

.....

• gestopt met drugs sinds ..... (jaartal)

### ■ Hart- en bloedvaten (tractus circulatorius)

Ik kan makkelijk twee trappen op lopen zonder klachten  nee  ja

Indien nee,

komt dit omdat u beperkt wordt door een aandoening aan het bewegingsapparaat?  nee  ja

Zo ja, kunt u dit toelichten?

.....

Indien nee, geef aan waartoe u maximaal in staat bent (1 antwoord):

ik kan nog een blokje om lopen buitenshuis

ik loop niet veel meer buitenshuis, maar ik doe nog wel wat licht huishoudelijk werk of wat lichte klusjes in huis

ik loop nog wat binnenshuis en ik kan me nog zelfstandig aankleden en zelfstandig het toilet bezoeken

ik kan me nog wel voortbewegen in huis, maar heb veel hulp nodig

ik ben bedlegerig en immobiel

Geef aan in welke mate u last heeft van kortademigheid bij inspanning (één antwoord mogelijk)

ik word alleen kortademig bij zware inspanning

ik word alleen kortademig als ik me moet haasten, zelfs op vlak terrein of als ik snel tegen een lichte helling op loop

<input type="checkbox"/> ik word kortademig bij het lopen op vlak terrein in eigen tempo en loop langzamer dan leeftijdgenoten	
<input type="checkbox"/> na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen	
<input type="checkbox"/> ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden	
Is er bij u ooit een te hoge bloeddruk vastgesteld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wordt u hier momenteel voor behandeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
is de bloeddruk momenteel goed gereguleerd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u een aandoening aan de bloedvaten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, bent u ooit gedotterd (stent) in een van uw bloedvaten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
voor wat voor aandoening bent u behandeld en wanneer?	
..... in ..... (jaar)	
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zijn er bij u ooit hartklachten, een hartgeruis of andere afwijkingen aan uw hart opgemerkt?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, bent u ooit geopereerd aan uw hart?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, waaraan en wanneer?.....	
Heeft u een ooit een hartaanval/infarct gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wanneer? ..... (jaartal)	
Heeft u last van hartkloppingen of hartritme stoornissen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wordt u hiervoor behandeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u een afwijking (gehad) van de hartkleppen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wordt (of bent) u hiervoor behandeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u het benauwd als u plat ligt?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u ooit vocht achter de longen gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft 's nachts last van dikke enkels?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Moet u 's nachts vaker dan eenmaal uit bed om te plassen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u een pacemaker?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u een interne cardiale defibrillator(ICD)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>■ Het ademhalingsstelsel (tractus respiratorius)</b>	
Heeft u astma, emfyseem, COPD of chronische bronchitis?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, welke longziekte heeft u?	
<input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> emfyseem <input type="checkbox"/> chronische bronchitis	
Heeft u in de afgelopen 6 weken een longontsteking gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, heeft u hiervoor antibiotica gekregen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u ademstops tijdens uw slaap (Obstructieve Slaap Apneu Syndroom)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, gebruikt u hier een hulpmiddel voor?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, welk apparaat? .....	
<b>■ De urineblaas, urinewegen, nieren en deels de geslachtsorganen (tractus urogenitalis)</b>	
Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, heeft u een vochtbeperking?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, hoeveel ml? .....	
Maakt u gebruik van dialyse?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

Heeft u blaasklachten of problemen met plassen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>■ Het maag/darmstelsel (tractus digestivus)</b>	
Heeft u maag/slokdarm problemen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, kunt u dit toelichten .....	
.....	
Heeft u colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, welke darmaandoening heeft u?	
<input type="checkbox"/> colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> ziekte van Crohn	
Heeft u last van geelzucht of een leverziekte?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>■ Organen die hormonen aanmaken (tractus endocrinologicus)</b>	
Heeft u suikerziekte (diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, hoe wordt de suikerziekte behandeld?	
<input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> insuline en tabletten <input type="checkbox"/> insulinepomp	
<input type="checkbox"/> tabletten <input type="checkbox"/> overig	
Heeft u een aandoening aan uw schildklier?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>■ Zenuwstelsel (tractus neurologicus)</b>	
Heeft u een hersenbloeding, herseninfarct of een TIA gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wanneer? .....	(jaartal)
Heeft u restverschijnselen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u de ziekte van Parkinson?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Wordt uw geheugen duidelijk minder?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, is de diagnose dementie bij u vastgesteld	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Bent u weleens verward geweest na een operatie, tijdens ziekenhuisopname of tijdens ziekte thuis?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u epilepsie?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wanneer was de laatste aanval? .....	(jaartal)
Heeft u Multiple Sclerose (MS) of een andere hersen- of zenuwaandoening?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u een spierziekte?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, welke spierziekte? .....	
Heeft u een aandoening aan uw nek, rug of gewrichten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, welke aandoening?	
<input type="checkbox"/> bechterew <input type="checkbox"/> reumatische artritis <input type="checkbox"/> nekhernia	
<input type="checkbox"/> scoliose <input type="checkbox"/> rughernia	
Heeft u een psychische aandoening?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, welke psychische aandoening? .....	
.....	
<b>■ Overige vragen (interne geneeskunde)</b>	
Heeft u een bloedziekte (bijv. leukemie of ziekte van Hodgkin)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u ooit problemen gehad met de bloedstolling (bijv. nabloeden uit kleine wondjes, tandvlees- of neusbloedingen)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u een stollingsziekte (bijv. hemofilie of de ziekte van Von Willebrand)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Heeft u weleens een trombosebeen gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Zo ja, wanneer? .....	(jaartal)
Heeft u weleens een longembolie gehad?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

Zo ja, wanneer? ..... (jaartal)	
Heeft u kanker (gehad) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Zo ja, heeft u één van de volgende behandelingen gehad?	
<input type="checkbox"/> bestraling	<input type="checkbox"/> chemotherapie
Heeft u een besmettelijke ziekte? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Zo ja, welke?	
<input type="checkbox"/> hepatitis a	<input type="checkbox"/> hepatitis b
<input type="checkbox"/> hepatitis c	<input type="checkbox"/> hepatitis d
<input type="checkbox"/> hepatitis e	<input type="checkbox"/> hiv/aids
<input type="checkbox"/> krentenbaard	<input type="checkbox"/> TBC
<input type="checkbox"/> waterpokken	<input type="checkbox"/> overig .....
Bent u bestraald en/of geopereerd aan het hoofd-halsgebied? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Heeft u nog andere niet gevraagde ziekte(s) of aandoening(en)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Zo ja, welke?.....	
<b>● Aanvullende vragen over uw gezondheid (additionele anamnese)</b>	
Heeft u glaucoom (verhoogde oogdruk)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Heeft u recent een vaccinatie gehad of staat er een gepland? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Zo ja, welke?.....	
Wat is er op uw gebit van toepassing?	
<input type="checkbox"/> geen problemen	<input type="checkbox"/> implantaten
<input type="checkbox"/> kunstgebit	<input type="checkbox"/> protheses
<input type="checkbox"/> slecht gesaneerd gebit	<input type="checkbox"/> jackets
<input type="checkbox"/> loszittende tanden	<input type="checkbox"/> beugel
<input type="checkbox"/> afgebroken tanden	<input type="checkbox"/> missende tanden
<input type="checkbox"/> draad achter tanden	<input type="checkbox"/> stifttanden
<input type="checkbox"/> kin sterk naar achteren	<input type="checkbox"/> kronen
<input type="checkbox"/> brug	<input type="checkbox"/> frame
<input type="checkbox"/> hele kleine en smalle kaken	
Heeft u een tongpiercing? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Heeft u claustrofobie, engtevrees of kunt u niet tegen kleine ruimtes? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Welke van de volgende hulpmiddelen gebruikt u?	
<input type="checkbox"/> bril	<input type="checkbox"/> lenzen
<input type="checkbox"/> hoortoestel	<input type="checkbox"/> geen
Bezit u verklaringen die van belang zijn voor uw medische behandeling? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Zo ja, welke verklaring?	
<input type="checkbox"/> in het bezit van niet-reanimeren verklaring	
<input type="checkbox"/> in het bezit van een jehova's getuige wilsverklaring	
<input type="checkbox"/> in het bezit van een landelijke donorregister registratie	
<input type="checkbox"/> in het bezit van een verklaring voor het niet ontvangen van bloedproducten, ook wanneer dit medisch noodzakelijk is	
<input type="checkbox"/> in het bezit van een euthanasieverklaring	
<input type="checkbox"/> in het bezit van een bloedtransfusiekaart	
<input type="checkbox"/> in het bezit van een anesthesiepaspoort	
<input type="checkbox"/> in het bezit van .....	
Heeft u bezwaar tegen een bloedtransfusie als dat noodzakelijk is? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Bent u op de hoogte van en akkoord met de aard en het doel van de voorgenomen ingreep? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
Heeft u nog andere informatie die voor ons van belang kan zijn? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja</span>	
.....	
.....	

Geeft u toestemming om medische informatie op te vragen bij uw huisarts of een behandelaar in een ander ziekenhuis?

nee  ja

### Begeleiding na de ingreep

Voor uw eigen veiligheid is het erg belangrijk dat iemand u na de ingreep naar huis begeleidt. Ook is het belangrijk dat er 's nachts na de ingreep iemand bij u is. Houdt u er verder rekening mee dat u tot de volgende ochtend geen voertuigen mag besturen. Ook adviseren wij u om tot die tijd geen belangrijke beslissingen te nemen. (Denkt u bijvoorbeeld aan het aangaan van een belangrijke financiële verplichting.)

### Uw handtekening

Wilt u met uw handtekening aangeven dat u begeleiding na de ingreep heeft geregeld en dat u akkoord gaat met procedurele sedatie en/of analgesie?

Datum: .....

Handtekening: .....

Mochten wij nog vragen hebben over uw antwoorden, dan willen wij u hiervoor telefonisch benaderen. Noteer hier uw telefoonnummer waarop u altijd bereikbaar bent:

.....

### Heeft u nog vragen?

Met eventuele vragen betreffende Procedurele Sedatie en/of analgesie kunt u contact opnemen met de sedatie praktijk specialist:

- locatie Den Helder. Deze is bereikbaar op werkdagen van 8:30 tot 16:30 uur op telefoonnummer 0223 - 69 6977. Bij geen gehoor kunt u bellen met 0223 - 69 6757. Ook kunt u mailen: [psa-denhelder@nwz.nl](mailto:psa-denhelder@nwz.nl)
- locatie Alkmaar. Deze is bereikbaar op werkdagen van 9:00 uur tot 16:30 uur op telefoonnummer 072 - 548 4223. Bij geen gehoor kunt u bellen naar het algemene telefoonnummer 072 - 548 4444 en vraag vervolgens naar sein 7230 of 7229. Ook kunt u mailen: [psa-alkmaar@nwz.nl](mailto:psa-alkmaar@nwz.nl)