



VRM
'Praktijk op orde'
-
aanvulling atriumfibrilleren

Inhoudsopgave

Aanvulling atriumfibrilleren	3
Stappenplan includeren patiënten met atriumfibrilleren	4
Stap 1: Selecteren patiënten met AF reeds bekend in HIS	4
Stap 2: Beoordelen patiënten en dossieronderzoek.....	4
Praktische handvatten.....	5
Nieuw gediagnosticeerde patiënten met AF in eerstelijns	5
Patiënten met AF in eerstelijns die reeds goed zijn ingesteld	5
Patiënten die worden terugverwezen vanuit tweedelijns.....	5
Bijlage 1: (Terug)verwijs-, consultatie-, substitutie- en samenwerkingsafspraken AF.....	6
Bijlage 2: Behandelbeleid AF	9
Bijlage 3: Handleiding aanleveren excelbestand (versie 2010).....	12
Bijlage 4: Voorbeeldbrief oproepen patiënten met AF.....	13
Bijlage 5: Voorbeeldbrief/mail om voor te leggen aan cardioloog.....	14

Aanvulling atriumfibrilleren

Sinds 1 januari 2016 is gestart met 'Praktijk op Orde'. Dit is de term voor de huisartsenpraktijk die:

- De VRM-populatie inzichtelijk en in het KIS geregistreerd heeft en
- De praktijkorganisatie op orde heeft om geprogrammeerde VRM-zorg te leveren.

Onder Cardio Vasculair Risicomanagement wordt verstaan: diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hartvaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladvisering en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door HVZ.

In deze aanvulling wordt beschreven op welke wijze:

- de antistollingsbehandeling voor patiënten met AF (door de huisarts)
- en de geprotocolleerde en gestructureerde VRM zorg in het kader van *primaire preventie* voor patiënten met AF (door de praktijkondersteuner)

in de huisartsenpraktijk kan worden vormgegeven. Bijvoorbeeld hoe u de populatie in beeld kunt brengen en hoe u kunt registreren in HIS/KIS.

Altijd actieve rol huisarts bij substitutie patiënt met atriumfibrilleren

Er is sprake van substitutie van atriumfibrilleren indien de antistollingsbehandeling in de eerstelijns plaatsvindt. Alleen wanneer deze behandeling in de eerstelijns plaatsvindt wordt ook VRM zorg voor deze groep door de praktijkondersteuner uitgevoerd.

Het verschil met patiënten die worden gezien/terugverwezen i.v.m.

hypertensie/hypercholesterolemie en chronische zorg bij status na (stabiele) ACS is dat de huisarts bij AF *blijvend* een actieve rol speelt in de behandeling en monitoring van het atriumfibrilleren. Deze behandeling kan niet worden gedelegeerd aan de praktijkondersteuner.

In de klankbordgroep zijn met de cardiologen afspraken gemaakt betreffende substitutie van (VRM) zorg bij:

- Atriumfibrilleren K78 (bijlage 1).

In de klankbordgroep is tevens het behandelbeleid vastgesteld (bijlage 2).

Ook op de website van Medrie vindt u, wanneer u de betreffende blokjes in het zorgprogramma aanklikt, de gemaakte afspraken en het behandelbeleid. Evenals de voorbeeldbrieven:

<https://medrie.nl/vrm-ketenzorg-0>

Stappenplan includeren patiënten met atriumfibrilleren

Stap 1: Selecteren patiënten met AF reeds bekend in HIS

Maak (een) patiëntselectie(s) (BSN, geboortedatum en HISnummer) per huisarts waarin patiënten met **ICPC K78** geselecteerd worden

Denk om:

- Sluit de patiënten met diabetes (ICPC codes (T90.01 en T90.02) uit en sluit de ICPC codes uit die u reeds eerder heeft geselecteerd voor VRM)
- Peilperiode: laatste jaar

De lijst met patiënten die dit oplevert geeft u in het HIS de code K49.

Deze lijst(en) kan vervolgens worden geïmporteerd in het KIS (zie bijlage 3) en deze groep staat dan op de werklijst in het KIS.

Stap 2: Beoordelen patiënten en dossieronderzoek

De patiënten met AF worden vanaf de werklijst beoordeeld. Wanneer een patiënt kan worden aangemeld maakt hij/zij vanaf dan deel uit van de keten VRM.

1. Beoordeel of patiënten inderdaad de diagnose AF hebben. Zo niet: excludeer deze, excluseren van patiënten vanaf de werklijst doet u door het dossier *niet aan te melden vanaf de werklijst*, maar te *verwijderen*. (Enkel het feit dat iemand AF heeft is bepalend voor inclusie in de keten VRM, niet de SCORE, leeftijd of medicatiegebruik. De SCORE wordt wel berekend om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor medicatie in geval van hypertensie of hypercholesterolemie.)
2. Ga na of patiënt voor AF antistollingsbehandeling (nog) onder behandeling is van de specialist. Schat aan de hand van de substitutieafspraken in of patiënt wellicht terug kan naar eerstelijns (zie voorbeeldbrief bijlage 5). Totdat patiënt is terugverwezen staakt u deze patiënt met als reden 'overig' zet bij de toelichting dat het een AF patiënt in tweedelijns betreft.
3. Nodig de patiënten die niet bekend zijn bij de specialist uit voor het VRM spreekuur (zie voorbeeldbrief in bijlage 4). Zorg vervolgens dat deze groep jaarlijks door de huisarts wordt gezien.
4.
 - a. Bespreek met de geïncludeerde patiënten wat ketenzorg is, of men deel wil nemen aan gestructureerde VRM zorg en men daar de meerwaarde van inziet. Zo niet staak het dossier. (Let op: in dit geval geen GPZ gebruiken, het dossier kan worden gestaakt).
 - b. Bespreek ook dat men toegang kan krijgen tot hun dossier en of men toestemming geeft voor wetenschappelijk onderzoek. (Er is een standaardbrief beschikbaar op de website).
 - c. Registreer de consulten in het KIS en geef in het onderzoek jaarcontrole onder het tabblad 'comorbiditeit' bij het kopje hart- en vaatziekten aan sinds wanneer patiënt atriumfibrilleren heeft.
 - d. Draag er zorg voor dat de patiënt jaarlijks een afspraak krijgt voor een ECG en daarna bij de huisarts om de behandeling te bespreken.
5. Patiënten met ernstige comorbiditeit (dementie, palliatieve fase, ernstig hartfalen) kunnen in overleg met de huisarts buiten de VRM-zorg (en AF-behandeling) gelaten worden. Het dossier op de werklijst in het KIS verwijdert u, patiënt is dan niet geïncludeerd in de keten.

Praktische handvatten

Uitvoering huisartsenpraktijk, algemeen geldt:

- Bij de jaarlijkse controle (stabiele fase) van patiënten met AF spelen, anders dan bij de primaire en secundaire VRM patiënten, verschillende disciplines een actieve rol, in ieder geval de huisarts:
 - De assistente; voor het maken van het ECG en andere gedelegeerde metingen
 - De POH; uitvoeren van de geprotocolleerde VRM zorg. Enkel het feit dat iemand AF heeft is bepalend voor inclusie in de keten VRM, niet de SCORE leeftijd of medicatiegebruik. De SCORE wordt wel berekend om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor medicatie in geval van hypertensie of hypercholesterolemie.
 - De huisarts; voor de overall beoordelingen en het behandelbeleid aangaande het atriumfibrilleren
- Tijdens de instelfase wordt de patiënt gezien door de huisarts.
- Zolang er zorg verleend wordt (bv tijdens instelfase in eerstelijns) en de patiënt is nog niet geïnccludeerd in de keten, kan de huisarts een consult boeken.
- Wanneer patiënt is opgenomen in de keten VRM, vindt betaling via het ketentarief plaats en mag geen consult meer worden geboekt door medewerkers van de praktijk.
- De huisarts kan de consulten in het HIS registreren (meetwaarden invullen in diagnostisch dossier), de POH registreert de VRM zorg in het KIS.

Nieuw gediagnosticeerde patiënten met AF in eerstelijns

Deze patiënten worden door de huisarts ingesteld op medicatie. Wanneer de patiënt goed is ingesteld, zal de POH de VRM zorg uitvoeren en de patiënt importeren in het KIS. De huisarts zal de patiënt jaarlijks blijven zien voor de overall beoordelingen (o.a. van het ECG) en het behandelbeleid.

Patiënten met AF in eerstelijns die reeds goed zijn ingesteld

Patiënten die vanuit het HIS geselecteerd en geïnccludeerd worden en reeds goed zijn ingesteld op antistolling kunnen voor VRM zorg direct worden opgeroepen door de POH. POH bespreekt of ze een afspraak hebben om jaarlijks te worden gezien door de huisarts voor de overall beoordelingen (o.a. van het ECG) en het behandelbeleid.

Patiënten die worden terugverwezen vanuit tweedelijns

Deze patiënten kunnen ook direct worden opgeroepen door de POH. De VRM zorg wordt door de POH uitgevoerd. Het behandelplan, zoals is voorgesteld door de tweedelijns t.a.v. het atriumfibrilleren en de overall beoordelingen (o.a. van het ECG), wordt uitgevoerd door de huisarts tijdens de jaarcontrole. De POH bewaakt dat de patiënt ook daadwerkelijk jaarlijks wordt gezien door de huisarts.

Bijlage 1: (Terug)verwijs-, consultatie-, substitutie- en samenwerkingsafspraken AF tussen afdeling cardiologie CCG (MC Groep) en huisartsen aan gesloten bij Medrie Regio Flevoland

- **Atriumfibrilleren (K78)**

Gebaseerd op [NHG standaard CVRM](#) en [NHG standaard atriumfibrilleren](#)

Uitgangspunten:

- Patiënt wordt vanaf het begin geïnformeerd over de samenwerking tussen huisarts en cardioloog en de terugverwijzing naar de huisarts bij ongecompliceerd herstel.
- Elke cardiologische patiënt die is behandeld in de 2e lijn, wordt in principe voor cardiovasculair risicomanagement zo snel mogelijk in het eerstelijns programma opgenomen.
- Bij overdracht van het cardiovasculair risicomanagement aan de eerste lijn wordt een informatiebrief meegegeven aan de patiënt.

In de volgende situaties kan worden (terug)verwezen naar de eerstelijns:

- Substitutieafpraak AF: Patiënten met stabiel AF
- Substitutieafpraak AF: Patiënten met AF zonder onderliggende pathologie met een behandelplan.

Praktische afspraken bij terugverwijzen:

Cardioloog

- Besluit dat de patiënt overgedragen kan worden naar de huisarts
- Bespreekt dit met de patiënt en geeft informatiebrief mee en geeft de patiënt het advies om een afspraak te maken met zijn eigen huisarts binnen 3 maanden
- Indien de patiënt akkoord gaat stuurt de cardioloog binnen 2 weken na het laatste polibezoek een brief aan de huisarts (zorgmail). In dit bericht staat minimaal:
 - o Duidelijke vermelding van terugverwijzing en overdracht van zorg aan huisarts.
 - o Relevante medische gegevens en behandeling
 - o Resultaten en doelen van de hartrevalidatie (indien nog relevant)
 - o Resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (linkerventrikelfunctie, beschrijving eventueel verricht (inspannings-)ECG).
 - o Actuele medicatie: een overzicht van de medicatie met indien ongebruikelijke indicatie of dosering, vermelding van de indicatie en de gebruiksduur. Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie en/of stopredenen.
 - o Een advies met betrekking tot anti-stolling (stop plavix etc.).
 - o Wensen/doelen van de patiënt om mee verder te gaan bij de huisarts (indien bekend)
 - o Overige betrokken disciplines (indien bekend)
 - o Contact gegevens: e-mail/telefoonnummer secretariaat.
- De cardioloog licht de patiënt voor over de overdracht van de verdere behandeling door de huisarts en de afspraken die hierover gemaakt zijn, en sluit daarmee de behandeling (en de DOT) af. De patiënt kan daarna met vragen over de medicatie en voor (herhalings)recepten bij de huisarts terecht.
- Cardiologieconsulten voor terugverwezen patiënten worden gedeclareerd conform 1,5 lijns diagnostiek; er wordt geen DOT geopend. Dit betreft:
 - o AF: eenmalige echocardiografie, ter diagnostiek, indien patiënt conform de NHG standaard in de eerstelijns kan worden behandeld.

Huisarts

- De huisarts meldt aan de POH dat patiënt is terugverwezen en draagt er zorg voor dat patiënt actief in het KIS wordt opgenomen. Op deze manier wordt een eerstelijns DBC CVRM geopend en is de huisarts hoofdbehandelaar.
- POH neemt patiënt op in gestructureerde CVRM spreekuur en verwijst naar/onderhoudt z.n. contact met andere disciplines.

Overweeg consultatie van een cardioloog:

- Progressief verloop van klachten
- Klachten die mogelijk kunnen worden opgelost met een medicatie-advies
- Verzoek beoordeling ECG

De huisartsenpraktijk vraagt via het KIS een 'Consult cardioloog' aan bij de cardioloog. De cardioloog geeft binnen 3 werkdagen antwoord via het KIS. Dit is tevens de terugrapportage naar de huisarts.

In voorkomende gevallen zal de cardioloog de eerstelijns adviseren de patiënt te verwijzen naar de 2^e lijn voor (kortdurende) diagnostiek en/of behandeling.

De cardioloog declareert de verrichte consultaties bij de zorggroep, deze gegevens zijn eenvoudig uit het KIS te halen.

Direct insturen tweedelijns of direct overleg

- Verwijs met spoed per ambulance:
 - o wanneer de patiënt hemodynamisch instabiel is;
 - o bij instabiele angina pectoris.
- Overleg direct met de cardioloog wanneer een jonge patiënt (< 65 jaar) korter dan 48 uur atriumfibrilleren heeft. Cardioversie is dan vaak succesvol en kan zonder antistolling plaatsvinden.
- Overweeg direct overleg met de cardioloog, om dezelfde reden, bij patiënten > 65 jaar, die korter dan 48 uur atriumfibrilleren hebben met veel klachten.

Verwijzen naar cardioloog:

- leeftijd < 65 jaar en langer dan 48 uur bestaand atriumfibrilleren;
- keuze voor NOAC als antitrombotische medicatie;
- ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentie verlagende middelen;
- persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie;
- onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en betablokker.
- vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen;
- aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White-syndroom of plotse hartdood in de familie;
- PAF, wanneer de patiënt therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen.
- Bij AF: eenmalige echocardiografie ter diagnostiek indien patiënt conform de NHG standaard in de eerstelijns kan worden behandeld (er wordt dan gedeclareerd volgens 1,5 lijns tarief, eerstelijns DBC kan open blijven).

De verwijzing vindt plaats via zorgdomein, dus niet via het KIS.

De huisarts vermeldt minimaal de volgende gegevens:

- o Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- o Medicatie-historie met reden van staken eerdere relevante medicatie.
- o Huidige medicatie.

- Relevante voorgeschiedenis.
- Bereikbaarheid voor overleg (mail via Zorgdomein/telefonisch)

Bij overname van de patiënt door de tweedelijns wijzigt de huisartsenpraktijk de hoofdbehandelaar door het dossier te staken met als reden 'behandeling overgedragen aan de 2e lijn buiten PV' in het KIS. De eerstelijns keten DBC is dan gesloten. De cardioloog stuurt een brief, via edifact of zorgdomein, naar de huisarts; minimaal 3 weken na het eerste contact of bij substantiële veranderingen in het beleid (en bij terugverwijzing).

Meer informatie

- Informatiebrief voor patiënten
- Behandelbeleid AF

Bijlage 2: Behandelbeleid AF

Gebaseerd op [NHG standaard atriumfibrilleren](#)

Doel:

- Zo veel mogelijk mensen met AF in de eerstelijns behandelen
- Onderliggende pathologie uitsluiten

Diagnostiek:

Anamnese (zie standaard)

Lichamelijk onderzoek:

- Auscultatie cor en pulmones (cave tekenen hartfalen)
- RR meting en pols tellen

Aanvullend onderzoek:

- Lab: TSH, HB, Glucose, Kreat +_MDRD, K, zn NT-proBNP
- ECG
- Zn Eventrecorder /Holter.
- echo hart

Medicamenteuze Behandeling:

Verlaging van de ventrikelfrequentie

Bij een ventrikelfrequentie in rust > 110 slagen/ minuut of klachten bij inspanning.

Geen hartfalen	eerste keus: bètablokker	metoprolol met vertraagde afgifte 50-200 mg	eventueel digoxine toevoegen
	tweede keus: calciumantagonist	verapamil of diltiazem 120-360 mg (bij tevens angina pectoris voorkeur diltiazem)	
(Mogelijk) hartfalen	digoxine: eerste dag 0,75 mg, daarna 1 dd 0,25 mg; bij verhoogd risico op toxiciteit (leeftijd > 70 jaar, verminderde nierfunctie, gewicht < 55 kg): eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1dd. 0,125 mg; bij meerdere risicofactoren voor toxiciteit of leeftijd > 85 jaar: eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1 dd 0,0625 mg		

- Hoog de dosering geleidelijk op, op geleide van de ventrikelfrequentie.
- Verlaag de digoxinedosis bij combinatie van een calciumantagonist met digoxine.

Antitrombotische behandeling

Adviseer orale anticoagulantia volgens CHA₂DS₂-VASc-score*. (<http://www.mdcalc.com/cha2ds2-vasc-score-for-atrial-fibrillation-stroke-risk/>)

Geef uitleg over bijwerkingen van orale anticoagulantia en schrijf zo nodig maagbescherming voor.

Orale anticoagulantia:

Bij voorkeur een cumarinederivaat (fenprocoumon of acenocoumarol; INR 2-3). Overweeg zelfcontrole van INR bij patiënten die controle door trombosedienst belastend vinden.

Startdoseringen cumarinederivaten

	acenocoumarol 1 mg		fenprocoumon 3 mg	
	<i>≤ 70 jaar</i>	<i>relatieve contra-indicatie of > 70 jaar</i>	<i>≤ 70 jaar</i>	<i>relatieve contra-indicatie of > 70 jaar</i>
eerste dag	6 mg	4 mg	12 mg	6 mg
tweede dag	4 mg	2 mg	6 mg	3 mg
derde dag	2 mg	1 mg	3 mg	1,5 mg

Overweeg alleen een nieuw oraal anticoagulans (NOAC; apixaban, dabigatran, rivaroxaban) indien aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:

- leeftijd < 80 jaar (arbitrair);
- relatief weinig comorbiditeit;
- goede nierfunctie (GFR > 50 ml/min);
- goede therapietrouw.

NOAC's zijn absoluut gecontra-indiceerd bij:

- patiënten met een mechanische kunsthartklep;
- patiënten met een reumatische mitraalklepstenose.

NOAC's worden voornamelijk alleen vergoed bij voorschrift door een medisch specialist.

Controles

- Controleer een patiënt ouder dan 65 jaar bij een eerste aanval twee dagen na het ontstaan van de klachten. Ga de klachten na en controleer ritme en ventrikelfrequentie. Start zo nodig frequentie verlagende en antitrombotische medicatie.
- Controleer de patiënt tijdens de instelfase met frequentie verlagende medicatie wekelijks tot het behandeldoel is bereikt. Besteed aandacht aan tekenen van hartfalen.
- Controleer de patiënt bij een stabiele instelling in ieder geval jaarlijks. Beoordeel dan de hartfrequentie en eventuele verschijnselen van hartfalen. Inventariseer de risicofactoren die de indicatie voor antitrombotische behandeling bepalen en pas het antitrombotisch beleid zo nodig aan.
- Controleer bij digoxinegebruik jaarlijks creatinine- en kaliumconcentratie.
- Jaarlijks ECG

Uitvoering huisartsenpraktijk

- Bij de jaarlijkse controle (stabiele fase) van patiënten met AF spelen verschillende disciplines een actieve rol, in ieder geval de huisarts:
 - De assistente; voor het maken van het ECG en andere gedelegeerde metingen
 - De POH; uitvoeren van de geprotocolleerde VRM zorg
 - De huisarts; voor de overall beoordelingen en het behandelbeleid.

- Tijdens de instelfase wordt de patiënt gezien door de huisarts.

*CHA₂DS₂-VASc-score:

CHA₂DS₂-VASc-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (> 48 uur of paroxismaal)

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (C ongestive heart failure)	1
H	H ypertensie	1
A ₂	Leeftijd = 75 jaar (A ge)	2
D	D iabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (S troke)	2
V	V aatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (A ge)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (S ex c ategory)	1*

* alleen bij leeftijd > 65 jaar

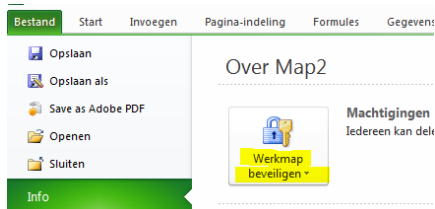
Bij een totaalscore van 0 is sprake van een laag risico op een ischemisch CVA (ongeveer 0,5% per jaar), bij 1 een matig risico (ongeveer 1%) en bij 2 of hoger een hoog risico (oplopend tot meer dan 12%; gemiddeld ongeveer 5%).²⁰¹

Bijlage 3: Handleiding aanleveren excelbestand (versie 2010)

Lever een excelbestand aan, per huisarts, met de volgende gegevens: bsn, hisnummer en geboortedatum

De stappen die u zet om het **bestand te beveiligen**:

- Open het excelbestand
- Klik linksboven op **bestand**:



- Klik op **Werkmap beveiligen**
- Klik op versleutelen met wachtwoord
- Er verschijnt nu een veld waar een **wachtwoord** ingevoerd kan worden
- Ditzelfde wachtwoord moet nog een keer **herhaald** worden
- En klik op OK

Nu kan het bestand naar flevoland@medrie.nl gemaïld worden. Het wachtwoord stuurt u in een aparte mail, zodat de beveiliging opgeheven kan worden.

Bijlage 4: Voorbeeldbrief oproepen patiënten met AF

Geachte heer/mevrouw,

Bijlage: laboratoriumformulier

U ontvangt deze brief omdat u in de praktijk bekend bent met boezemfibrilleren. Ter voorkoming van hart- en vaatziekten wordt u uitgenodigd voor een preventief consult bij de praktijkondersteuner.

Tijdens het preventief consult met de praktijkondersteuner wordt met u tevens een afspraak gepland om voortaan jaarlijks een ECG te laten maken en met de huisarts de behandeling voor boezemfibrilleren te bespreken.

Bloedprikken en urine inleveren bij het laboratorium

Bij deze brief ontvangt u een laboratoriumformulier. Het verzoek is bloed te laten prikken bij het ziekenhuis/prikpost en dit formulier mee te nemen. Ook wordt u gevraagd ochtendurine mee te nemen. Wilt u dit ongeveer een week voordat u op het spreekuur van de praktijkondersteuner komt doen?

De kosten voor het spreekuur, het ECG in de huisartsenpraktijk en het laboratoriumonderzoek worden vergoed vanuit de basisverzekering; houd er echter rekening mee dat de kosten voor het laboratoriumonderzoek ten laste komen van uw eigen risico.

Spreekuur

Op **(datum tijd)** verwacht ik u op het spreekuur. De uitslag van het laboratorium wordt dan met u doorgenomen. Wanneer deze datum u niet uitkomt of bij andere vragen, verzoek ik u te bellen met: **tel nr**

De praktijkondersteuner bespreekt samen met u de uitslag van het laboratoriumonderzoek. De praktijkondersteuner betreft hierbij ook uw geslacht, leeftijd, bloeddruk en of u rookt. Zo kan een schatting worden gemaakt van het risico wat u mogelijk heeft om binnen 10 jaar een hart-/vaataandoening te krijgen.

En dan?

Om het risico te verlagen is het belangrijk om gezond te leven en eventueel medicatie te gebruiken. Graag wordt met u besproken welke maatregelen mogelijk zijn om uw risico op hart- en vaatziekten te verlagen.

Met vriendelijke groet,

Uw huisarts

Bijlage 5: Voorbeeldbrief/mail om voor te leggen aan cardioloog

Betreft: vraag substitutie behandeling atriumfibrilleren

Geachte collega,

Naar aanleiding van onze samenwerkingsafspraken aangaande atriumfibrilleren heb ik t.a.v. de onderstaande patiënten de vraag of deze wellicht kunnen worden terugverwezen naar de eerstelijns.

Wilt u aangeven wat van toepassing is en dit terugmailen?

Indien ja, zou u dit tijdens het volgend consult met de betreffende patiënt willen bespreken?

Initialen patiënt	Geboortedatum	Kan retour 1e lijn
		ja / nee
		ja / nee
		ja / nee
		ja / nee
		ja / nee

Met vriendelijke groet,