



**Provinciale Commissie
Dringende Geneeskundige Hulpverlening
OOST-VLAANDEREN**

Formulier HA 01

Afwijking van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. ()**

Ondergetekende, (naam en RIZIV nummer arts),
stelt vast dat het wenselijk is dat de Heer/Mevrouw
° , wonende vervoerd wordt
naar volgend erkend 100-ziekenhuis (naam ziekenhuis en gemeente)
ipv naar het dichtstbijzijnde 100-erkende ziekenhuis.

Dit omwille van volgende redenen : (aankruisen wat past)

- Gekende pathologie en dossier (*)
Patiënt is in behandeling bij Dr. in (ziekenhuis)
voor (ziekte) en moet voor deze aandoening opgenomen worden.
- Specifieke diagnostische of therapeutische aandoeningen (*)
Patiënt lijdt aan en dient opgenomen te worden omwille van
..... (onderzoek of behandeling)
- Specifieke pathologie waarvoor de middelen niet aanwezig zijn in het dichtstbijzijnde
ziekenhuis
CO-intoxicatie/ Neurochirurgie/Invasieve cardiologie/Brandwonden/Verloskunde/Pediatrie/
.....

Datum, handtekening en stempel

(*) Bedoeld is een aandoening die rechtstreeks gerelateerd is aan de huidige toestand.

(**) Het NC 112 zal rekening houden met Uw vraag onder voorwaarde dat er voldoende middelen beschikbaar zijn in het systeem 112 en er niet meer dan 10 km afgeweken wordt van de afstand naar het dichtstbijzijnde 112-erkende ziekenhuis met een erkende gespecialiseerde spoedgevallenfunctie . Het document is niet van toepassing wanneer een MUG-arts ter plaatse is.

Dit document dient bijgehouden te worden door de ziekenwagendienst en kan steeds opgevraagd worden door de NC 112 en de Gezondheidsinspecteur.