

Patiënt:	Verblijfplaats:	Behandelend arts:
Naam:..... Voornaam:..... Geboortedatum:..... Opnamedatum:.....	Naam instelling:..... Afdeling:..... Kamer:.....	(stempel)  Telefoon:.....

## VZP-ventilatiefiche

Naam/Functie:	Datum:	Inhoud: