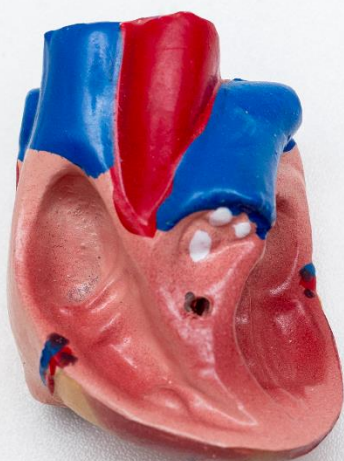
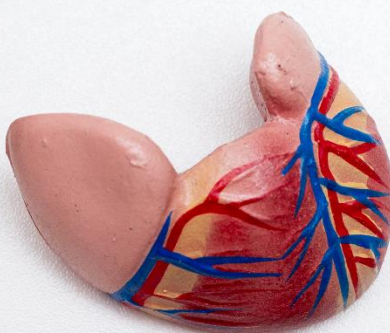




zel
Zorgorganisatie Eerste Lijn



franciscus
Gasthuis & Vlietland

Reinier de Graaf



Zorgpad Hartfalen

Regionaal Transmurale Afspraken
Huisartsen en Cardiologen

Regio DWO/NWN

Versie 2024

nvvconnect

Inhoudsopgave

Doelstelling.....	3
Kernboodschappen	3
1. Diagnostiek in de eerste lijn.....	4
2. Verwijsopties.....	6
3. Informatieoverdracht naar de tweede lijn	7
4. Diagnostiek en behandeling in de tweede lijn.....	8
5. Terugverwijzen van cardioloog naar huisarts.....	9
6. Informatieoverdracht naar de eerste lijn	10
Bijlage 1. Hartfalen classificaties	11
Bijlage 2. Behandeling hartfalen tweede lijn	12
Bijlage 3. Schema stabiel hartfalen	15
Bijlage 4. Contactpersonen ziekenhuizen	16

Doelstelling

Dit document beschrijft de specifieke verwijs- en terugverwijsafspraken tussen huisartsen en cardiologen bij patiënten met (een vermoeden van) hartfalen. Het doel van deze Regionale Transmurale Afspraken (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn.

De RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio DWO & NWN. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

De RTA beschrijft de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners met betrekking tot de diagnostiek, de verwijzing naar de tweede lijn en het terugverwijzen van de tweede naar de eerste lijn, hoofdbehandelaarschap, behandeling, controles, voorlichting en informatievoorziening en dossiervoering.

Deze RTA is gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen, de NHG standaard hartfalen en de European Society of Cardiology (ESC) richtlijn hartfalen.

Kernboodschappen

Bepaal bij vermoeden van niet-acuut hartfalen het BNP of NT-proBnp en maak een ECG

Indien er sprake is van overvulling, start de huisarts met een lisdiureticum

Deze RTA afspraken staan gebundeld in een levend document en dit document is dus continu in ontwikkeling. **Opmerkingen of suggesties kunt u doorgeven aan het secretariaat van ZEL. (secretariaat@zel.nl)**

Dit document is opgesteld door de regionale projectgroep Hartfalen, bestaande uit de volgende leden:

Reinier de Graaf Gasthuis:

- Dhr. J. Aalberts
Cardioloog
- Mw. S. Spanjaard
Hartfalenverpleegkundige

Franciscus Gasthuis en Vlietland

- Mw. A. Hendrix
Cardioloog
- Mw. W. Verloop
Cardioloog
- Mw. M. Heijkoop
Hartfalenverpleegkundige

Zorgorganisatie Eerste Lijn:

- Dhr. T. Tumkaya
HVZ kaderhuisarts
- Dhr. R. van der Putten
Astma/COPD kaderhuisarts
- Mw. W. Ottenkamp
Diabetes kaderhuisarts
- Mw. N. van den Berge
Diabetes verpleegkundige ZEL
- Mw. H. Toussaint
HVZ verpleegkundige ZEL
- Dhr. R. Lok
Programmamanager ZEL

1. Diagnostiek in de eerste lijn

De diagnose hartfalen is een klinische diagnose welke berust op een combinatie van klachten, onderzoeksbevindingen en bewijs voor een structurele of functionele afwijking van het hart. Hartfalen kan geclassificeerd worden in een **diagnostische classificatie**, gebaseerd op de linkerventrikelejectiefractie (LVEF) of in een **symptoom classificatie**, gebaseerd op de NYHA-indeling. (Zie ook bijlage 1: [Hartfalen classificaties](#))

1.1 Anamnese

- vermoeidheid/kortademigheid
- verminderd inspanningsvermogen
- orthopnoe
- vocht vasthouden
- nycturie
- gewichtsstijging
- medicatie: NSAID / corticosteroïden
- voorgeschiedenis: hypertensie / myocardinfarct / kleplijden / AF

1.2 Lichamelijk onderzoek

- algemeen voedingstoestand, lengte, gewicht
- bloeddruk
- pols: regulariteit, ritme
- longen: ademprequentie / SaO₂ / crepitaties
- overvulling: perifeer oedeem, ascites
- hart: souffles

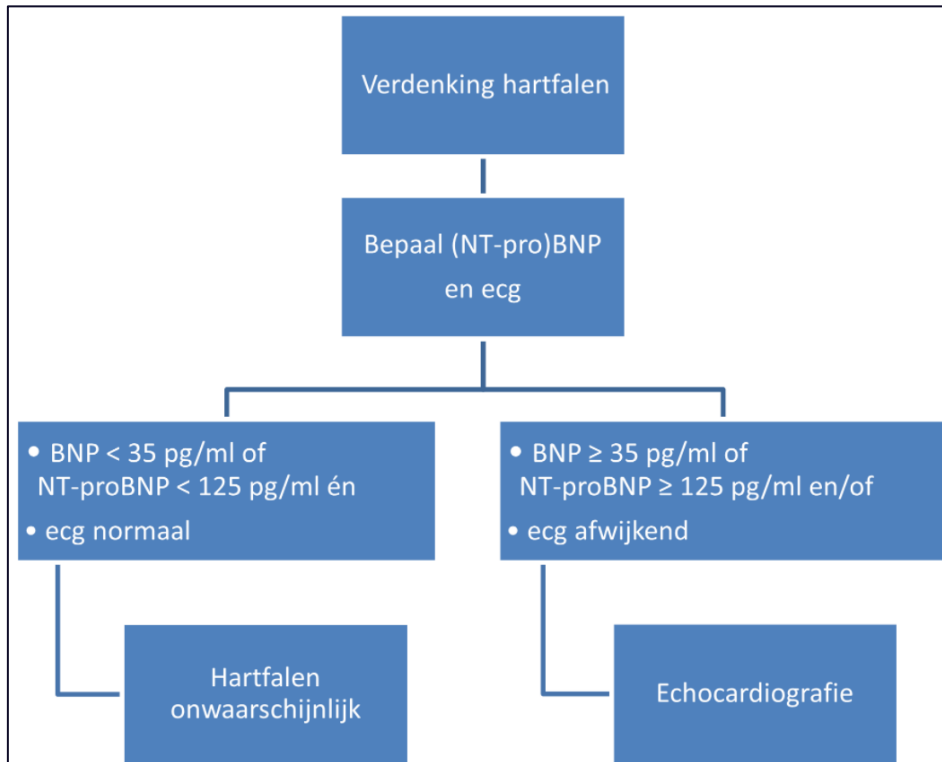
1.3 Aanvullend onderzoek

Huisarts vraagt aanvullend onderzoek aan bestaande uit:

- laboratorium onderzoek: (**NT-pro**)BNP, Hb, Na, K, Kreat, eGFR, TSH, glucose, totaal cholesterol (TC), HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden
- electrocardiogram (**ECG**)
- evt. X-thorax

De huisarts heeft de volgende opties voor het maken van een ECG:	
Optie 1	De huisarts maakt zelf het ECG en beoordeelt zelf , mits bekwaam.
Optie 2	De huisarts maakt gebruik van altijd beveiligde teleconsultatiediensten waarbij het ECG door de huisarts wordt gemaakt en via teleconsultatie wordt beoordeeld. De huisarts ontvangt binnen de afgesproken tijd (< 72 uur) via encrypted mail, via EDIFACT bericht of anderszins beveiligd een terugkoppeling. De kosten van het beoordelen van een ECG komen wel ten laste van het eigen risico van de patiënt en deze verschillen per zorgverzekeraar.
Optie 3	De huisarts vraagt via ZorgDomein een eerstelijns ECG aan in het ziekenhuis , mits patiënt voldoet aan de inclusiecriteria (geen verdenking of sprake van een acute situatie). Het ECG wordt gemaakt in het ziekenhuis en wordt beoordeeld door een cardioloog (zonder consult), de ECG beoordeling wordt via EDIFACT bericht naar de huisarts gestuurd óf de patiënt krijgt het ECG met beoordeling mee. Patiënt gaat naar de huisarts voor de bespreking. De kosten van het maken van een ECG in het ziekenhuis komen wel ten laste van het eigen risico van de patiënt en deze verschillen per zorgverzekeraar.

1.4 Schema diagnose/evaluatie



- Bij een verhoogd (NT-pro) BNP en/of een afwijkend ECG is **echocardiografie** geïndiceerd.
- Bij een normaal (NT-pro) BNP en ECG is hartfalen onwaarschijnlijk en moeten alternatieve diagnoses worden overwogen.

2. Verwijsopties

De huisarts verwijst patiënten met verdenking op hartfalen voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn. Bij de kwetsbare oudere patiënt kan de huisarts, in overleg met patiënt en familie, weloverwogen afwijken van bovenstaande richtlijnen.

Richtlijnen voor verwijzing naar c.q. consultatie van de tweede lijn zijn als volgt:

A. Verwijzing naar Eerste Hart Hulp of SEH

Bij **hoge verdenking** hartfalen en instabiele patiënt (acuut hartfalen)

Overige afspraken:

- Eerst overleg met dienstdoende cardioloog
- Cardioloog wordt hoofdbehandelaar

B. Verwijzing cardioloog: *reguliere verwijzing cardioloog (zie ook 4.1)*

Als patiënt symptomen en tekenen heeft die verdacht zijn voor hartfalen in combinatie met een afwijkend ECG en/of afwijkend BNP (>35 pg/ml) / NT-proBNP (>125pg/ml)

- Bij hoge verdenking hartfalen en stabiele patiënt kan de huisarts alvast starten met medicatie: Lisdiureticum en ACE remmer (zie NHG-Standaard Hartfalen) en leefregels meegeven: vochtbeperking 1,5-2 liter, natriumbepoort dieet en 2-3 x per week gewichtscontrole.

Overige afspraken:

- Cardioloog wordt hoofdbehandelaar

C. Verwijzing voor eerstelijns echocardiogram via digitaal meedenk- of meekijkconsult

****Op dit moment alleen in RdGG mogelijk****

Als patiënt symptomen en tekenen heeft die verdacht zijn voor hartfalen in combinatie met een afwijkend ECG en/of NT-proBNP >125pg/ml, maar <500pg/ml én een relatief **lage verdenking** op hartfalen.

Eventueel ook bij een kwetsbare oudere patiënt die door de huisarts wordt behandeld en zekerheid over de diagnose gewenst is

Overige afspraken:

- Huisarts blijft hoofdbehandelaar.
- De aanvraag vermeldt: duidelijke vraagstelling, medische voorgeschiedenis, huidige medicatie, (NTpro)BNP uitslag en volledige ECG.
- De cardioloog die het echocardiogram beoordeelt is dezelfde die het meekijkconsult beantwoordt, zodat de beoordeling van het echocardiogram gebeurt met kennis van alle klinische informatie.
- Dit wordt gedaan door een aantal cardiologen met specifieke expertise op het gebied van de echocardiografie.

3. Informatieoverdracht naar de tweede lijn

De huisarts verwijst via ZorgDomein en vermeldt onderstaande patiëntgegevens:

- Relevante voorgeschiedenis
- Beloop
- Lichamelijk onderzoek
- NYHA-klasse I-IV (indien bekend)
- Ingezette (niet-)medicamenteuze maatregelen en het effect van de maatregelen (gewichtsverlies)
- Lab uitslag: (NT-pro)BNP, Hb, Na, K, Kreat, eGFR, TSH, glucose, totaal cholesterol (TC), HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceriden
- Indien bekend reanimatiebeleid vermelden (wel/niet besproken; wel/niet reanimeren).
- Actueel medicatieoverzicht
- Eventueel uitdraai ECG uploaden in zorgdomein of meegeven aan patiënt



4. Diagnostiek en behandeling in de tweede lijn

4.1 Reguliere verwijzing cardioloog

Patiënt ondergaat verdere diagnostiek in het ziekenhuis:

- Echografie van het hart
- Consult cardioloog
- Diagnose en (voorlopig) behandelplan op schrift
- Direct verslaglegging aan huisarts (binnen 5 werkdagen)
 - Eventueel telefonisch overleg
- Eventuele vervolgspraken
- Zo nodig aanvullend onderzoek.

Mogelijke acties:

- Bij bevestiging hartfalen wordt naar de oorzaak van het hartfalen gezocht en start de cardioloog met een (voorlopig) behandelplan (zie [bijlage 2](#)), de cardioloog wordt de hoofdbehandelaar.
- Indien er onverwacht andere cardiologische problematiek wordt vastgesteld, wordt de cardioloog ook de hoofdbehandelaar.
- Indien er GEEN sprake is van hartfalen en/of sprake is van niet-cardiologische problematiek, wordt patiënt terugverwezen naar de huisarts.

Zoeken naar etiologie: Aandacht voor comorbiditeit!

Cardiovasculair

- Ischemie
- Hypertensie
- Klepvitia
- Atriumfibrilleren/atriumflutter
- Bradycardie
- Ventriculaire aritmie
- Cardiomyopathie (o.a. genetisch, stapelingsziekte, infiltratief)

Niet cardiovasculair

- Anemie
- OSAS
- COPD
- Nierinsufficiëntie
- Schildklierfunctiestoornis
- Diabetes mellitus
- IJzergebrek
- Intoxicaties
- Adipositas



5. Terugverwijzen van cardioloog naar huisarts

Bij patiënten met hartfalen kan terugverwijzen naar de eerste lijn plaatsvinden. Bij het terugverwijzen wordt het behandelbeleid van de cardioloog gecontinueerd. De huisarts controleert de patiënt regelmatig op medicatiegebruik, klachten, leefstijl etc.

Terugverwijzen naar de eerste lijn kan worden overwogen bij:

- Behouden ejectiefractie (HFpEF), zonder andere cardiologische of pulmonale problematiek.
- Redelijke ejectiefractie (HFmrEF), zonder andere cardiologische of pulmonale problematiek.
- Verminderde ejectiefractie (HFrEF), verbeterd na behandeling¹, zonder ander actief cardiaal lijden. (medicatie altijd continueren).
- Kwetsbare ouderen met hartfalen, waarbij ziekenhuisbezoek te belastend is. (zo nodig in overleg)
- Patiënt in terminale fase en behandeling in het ziekenhuis niet zinvol is. (huisarts wordt telefonisch op de hoogte gebracht)
 - Geef aandacht aan: dyspnoe, moeheid, angst, depressie, anorexie.

Patiënten met persisterend verminderde ejectiefractie (LVEF $\leq$ 40%) na optimale behandeling worden **niet terugverwezen naar eerste lijn, tenzij er sprake is van een kwetsbare oudere of als de patiënt in de terminale fase van het hartfalen is gekomen.**

Na terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts wordt de patiënt, binnen de door de cardioloog aangegeven termijn, op het spreekuur gezien. Vervolgcontrole in de eerste lijn vindt, afhankelijk van de situatie, eenmaal per 3-12 maanden plaats.

¹ >10% absolute verbetering LVEF en LVEF >40%

6. Informatieoverdracht naar de eerste lijn

Over de informatieoverdracht naar de eerste lijn zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Binnen drie weken na het eerste polibezoek ontvangt de huisarts een brief;
- Uiterlijk **drie weken na afronding/ontslag** vanuit de poli krijgt de huisarts **een brief** met alle diagnostische en therapeutische bevindingen;
- De cardioloog rapporteert minimaal jaarlijks over patiënten die langer in zorg blijven én in het geval van belangrijke wijzigingen in beleid.

Bij het terugverwijzen stuurt de cardioloog of verpleegkundig specialist hartfalen een bericht naar de huisarts, waarna de huisarts hoofdbehandelaar is. De cardioloog is verantwoordelijk voor de schriftelijke overdracht.

In de informatieoverdracht staat vermeld:

- Of er sprake is van **terugverwijzen van patiënt naar de huisarts**.
 - De huisarts neemt de zorg voor de patiënt weer over conform de NHG standaard hartfalen.
 - Bij terminaal hartfalen wordt, nadat de patiënt door de cardioloog uitgebreid voorgelicht is, de huisarts telefonisch op de hoogte gebracht.
- Laatste meetwaarden (bloeddruk, gewicht, pols, ECG, laboratorium waarden);
- Afwijkende meetwaarden worden apart in de brief vermeld;
- Type hartfalen (HFrEF / HFmrEF / HFpEF);
- Huidige klachten;
- Leefstijladviezen;
- Huidige medicatie met dosering en indicatie;
- Hoe te handelen bij verslechtering van hartfalen;
- Welke controles (nierfunctie etc.) er wanneer nodig zijn;
- Indien er sprake is van een elektronisch device, zoals bijv. CRT/D of ICD, vermelding van merk device, instellingen en contactgegevens pacemakertechnicus.

Bijlage 1. Hartfalen classificaties

Diagnostische classificatie

De diagnostische classificatie van hartfalen is gebaseerd op de linkerventrieklejectiefractie (LVEF), veelal bepaald met echocardiografie.

HFpEF	Hartfalen met behouden LVEF (<i>preserved</i>) ($\geq 50\%$)	Diastolisch hartfalen
HFmrEF	Hartfalen met redelijke LVEF (<i>mildly reduced</i>) (41% - 49%)	
HFrEF	Hartfalen met verminderde LVEF (<i>reduced</i>) ($\leq 40\%$)	Systolisch hartfalen

Symptoom classificatie

De symptoom classificatie is gebaseerd op de NYHA-indeling.

Functionele NYHA-classificatie van hartfalen	
Klasse I	Geen beperking van het inspanningsvermogen, normale lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid, palpitaties of kortademigheid
Klasse II	Enige beperking van het inspanningsvermogen, in rust geen klachten maar normale lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitaties of kortademigheid
Klasse III	Ernstige beperking van het inspanningsvermogen, in rust geen of weinig klachten, maar lichte lichamelijke inspanning veroorzaakt overmatige vermoeidheid, palpitaties of kortademigheid
Klasse IV	Geen enkele lichamelijke inspanning mogelijk zonder klachten, ook klachten in rust

Indeling ICPC (NHG-tabel ICPC)

K77 - Decompensatio cordis	
K77.01	Acute decompensatio cordis/astma cardiale
K77.03	Hartfalen met behouden linkerventrieklejectiefractie
K77.04	Hartfalen met matige of verminderde linkerventrieklejectiefractie

Bijlage 2. Behandeling hartfalen tweede lijn

1. Voorlichting en begeleiding

Voorlichting over hartfalen, het belang van de (medicamenteuze) behandeling, het aandeel van zelfzorg en de noodzaak van het met enige regelmaat bewaken van het lichaamsgewicht (advies: 2-3x per week wegen bij stabiele patiënt en dagelijks bij exacerbatie) is van groot belang. Patiënten met hartfalen krijgen, behalve voorlichting en informatie over wegen, instructies over andere leefregels zoals vocht- en natriumbeperking, stoppen met roken en worden intensief begeleid in het omgaan met hartfalen en het vroegtijdig signaleren van verergering van hartfalen en zelftitratie van diuretica. Deze signalen worden afgestemd op de patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de motivatie en mogelijkheden van de patiënt. De patiënt ontvangt schriftelijke informatie door de cardioloog en/of hartfalenverpleegkundige, over wie zij kunnen benaderen indien deze signalen worden waargenomen.

Voorlichting & Begeleiding

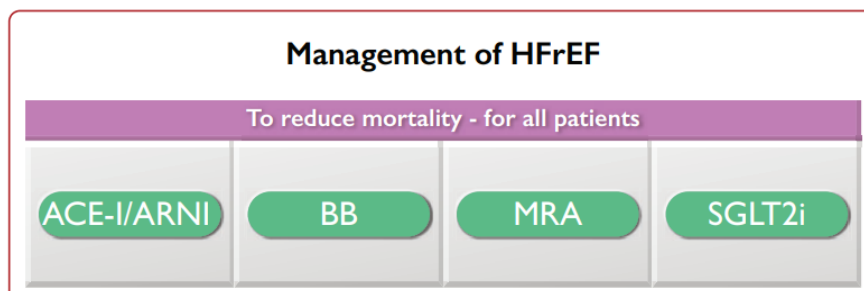
Voorlichting:

- Vochtbeperking 1,5 – 2 liter (NYHA-III-IV)
- Natriumbeperring (natriumarm dieet)
- Bepalen cardiovasulair risicoprofiel
- Oorzaak, klachten en symptomen hartfalen
- Symptomen hyper- en hypovolemie
- Medicatie; gebruik, werking en bijwerkingen
- Belang van gewichtscontrole
- Flexibel diureticabeleid
- Activiteit- en rustpatroon
- Stoppen met roken
- Alcoholinname
- Jaarlijkse griepvaccinatie
- Reizen/autorijden
- Werkaspecten
- Seksualiteit

2. Medicamenteuze behandeling

2.1 Hartfalen met een verminderde ejectiefractie (HFrEF) (LVEF <40%)

Patiënten met hartfalen met een verminderde LV ejectiefractie, **Heart Failure reduced Ejection Fraction (HFrEF)** worden conform de ESC-richtlijn bij voorkeur ingesteld op 4 typen medicijnen (ACE-remmer/ARB/ARNI (sacubitril/valsartan; Entresto®), MRA, SGLT2-remmer, β -blokker). E.e.a. op geleide van bloeddruk, hartfrequentie en nierfunctie/elektrolyten. Lage doseringen van elk middel heeft de voorkeur boven 2 middelen hoger gedoseerd. Er is geen vaste volgorde m.b.t. starten/toevoegen van bepaalde middelen. Lisdiuretica zijn aangewezen bij tekenen van overvulling. Overige eventuele aanvullende (medicamenteuze) behandelingen vindt ook plaats volgens de ESC-richtlijn. Op indicatie wordt patiënt verwezen naar de 3^e lijn. Klachten zoals kortademigheid of een verminderd inspanningsvermogen en enkeloedeem kunnen een teken zijn van overvulling en dienen in dat geval met lisdiuretica behandeld te worden.



2.2 Hartfalen met redelijke ejectiefractie (HFmrEF) (LVEF 41-49%)

Bij hartfalen met een LV functie van 41-49% is sprake van *Heart Failure mildly reduced -Ejection Fraction (HFmrEF)*. Alleen van SGLT2-remmers is aangetoond dat ze de prognose verbeteren (verlagen kans op hospitalisatie en cardiovasculaire sterfte). Bij deze patiënten is er de mogelijkheid om ze te behandelen met een RAS-remmer (angiotensine-converting enzyme inhibitors of alternatief angiotensine receptor blokkers, ARB), bètablokkers, mineralocorticoïde receptor antagonisten (MRA). Dit is echter een minder sterke aanbeveling dan bij HFrEF patiënten. In deze patiëntengroep is er momenteel in Nederland geen vergoeding om een ARNI voor te schrijven. Evenmin is er geen indicatie voor ivabradine en geen indicatie voor resynchronisatie. Lisdiuretica zijn aangewezen bij tekenen van overvulling.

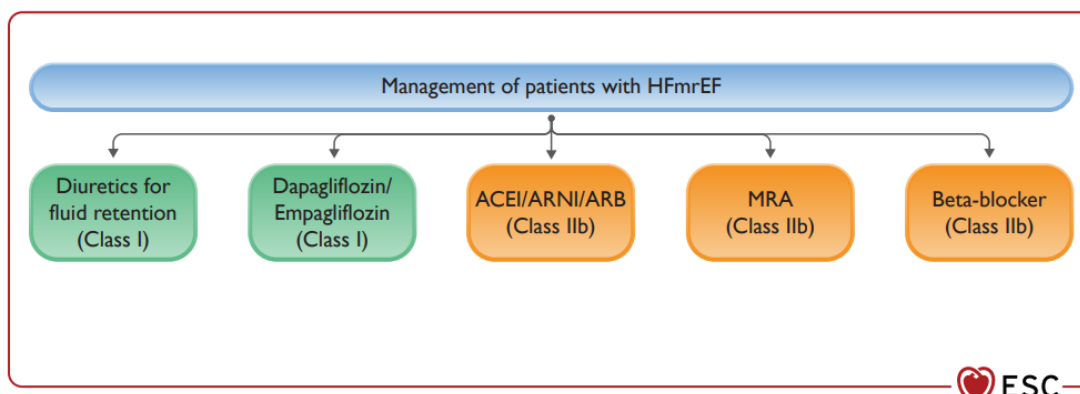


Figure 1 Management of patients with heart failure with mildly reduced ejection fraction. ACE-I, angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB, angiotensin receptor blocker; ARNI, angiotensin receptor-neprilysin inhibitor; HFmrEF, heart failure with mildly reduced ejection fraction; MRA, mineralocorticoid receptor antagonist.

2.3 Hartfalen met een behouden ejectiefractie (HFpEF) (LVEF $\geq$ 50%)

Over het algemeen kan de behandeling van hartfalen met behouden LV functie, **Heart Failure preserved Ejection Fraction (HFpEF)** in de eerste lijn plaatsvinden. Alleen van SGLT2-remmers is aangetoond dat ze de prognose verbeteren (verlagen kans op hospitalisatie en cardiovasculaire sterfte). Verder bestaat de behandeling uit lisdiuretica bij tekenen van overvulling (waarbij gestreefd moet worden naar een zo laag mogelijke dosering lisdiureticum als patiënt ontwaterd is). Ook dient de bloeddruk adequaat behandeld te worden en men moet beducht zijn op het optreden van paroxismaal atriumfibrilleren (door verhoogde vullingsdrukken met atriale dilatatie), aangezien dit consequenties heeft voor de behandeling (o.a. antistolling).

Patiënten met onderliggende aandoeningen als klepvitiae, ritmestoornissen en pulmonale hypertensie kunnen onder behandeling blijven van de cardioloog.

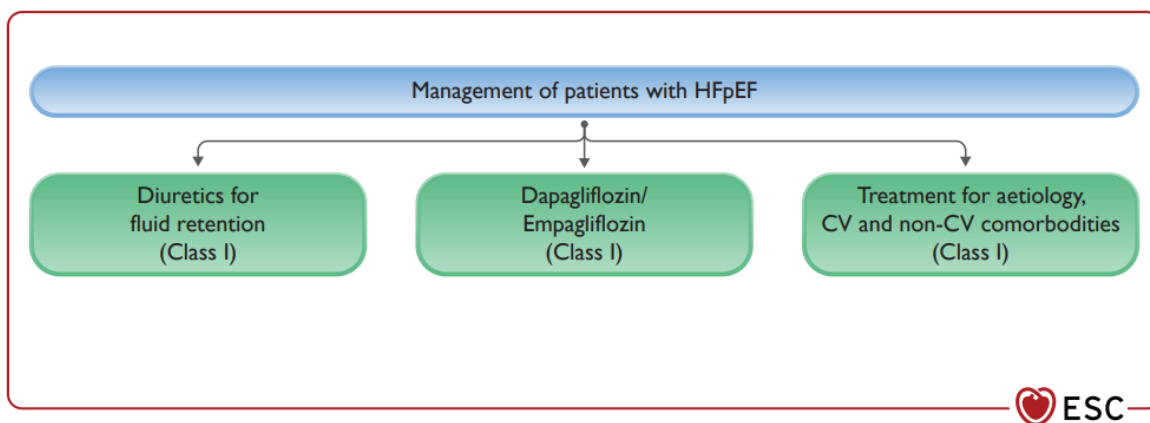
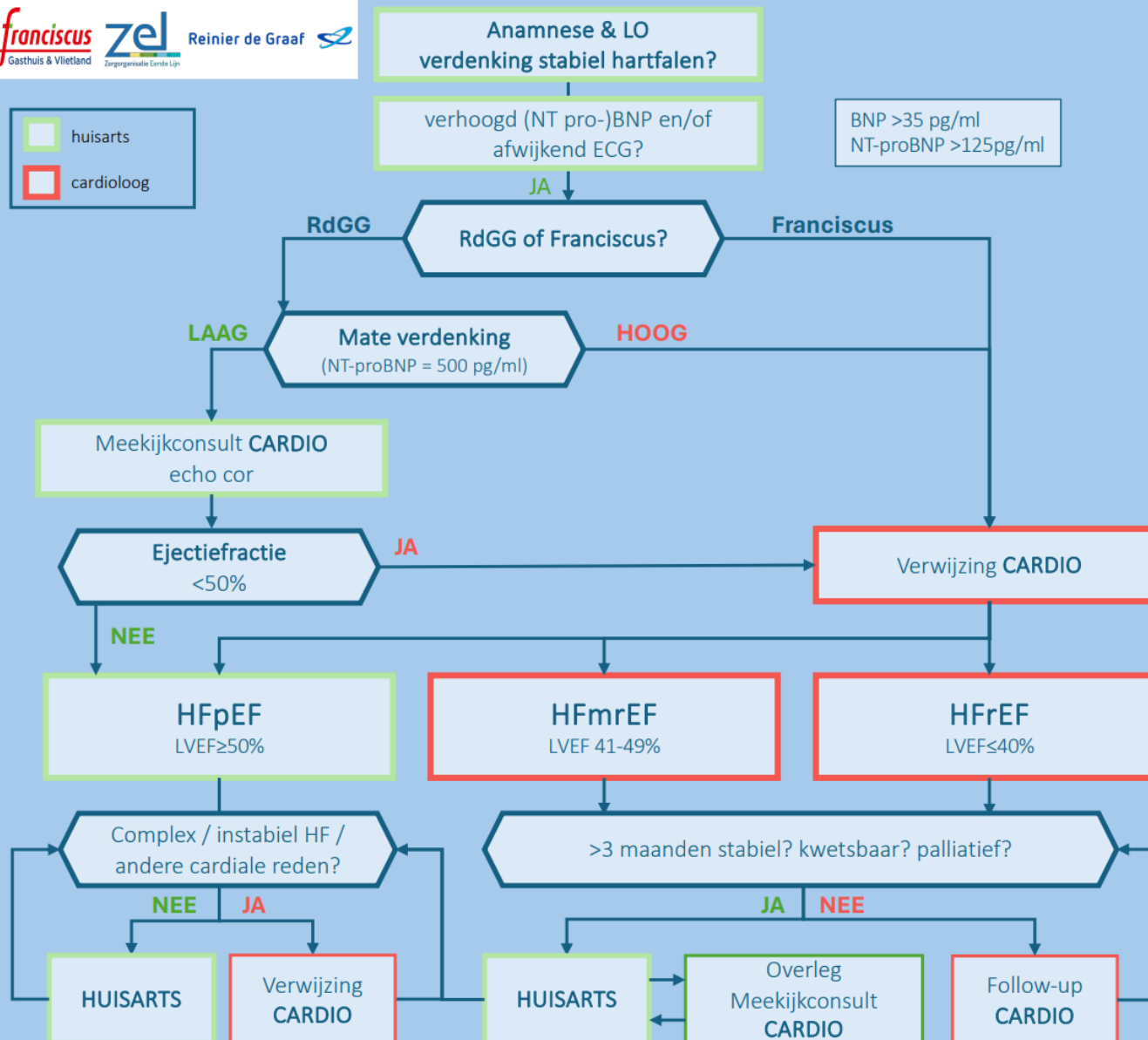
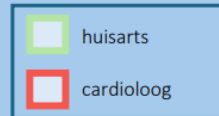


Figure 2 Management of patients with heart failure with preserved ejection fraction. CV, cardiovascular; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction.

Bijlage 3. Schema stabiel hartfalen



LABORATORIUMDIAGNOSTIEK
(NT-pro) BNP, Hb, Na, K, Kreat,
eGFR, TSH, gluc, TC, HDL, LDL, TG

ADVIES HA BIJ HOGE VERDENKING

- Start lisdiureticum en evt ACE
- Vocht en zoutbeperking
- Behandel triggers: o.a. AF, anemie, infectie, hypertensie

OVERIGE ADVIEZEN

- Educatie,
 - 2-3 x per week gewichtscntrole
- Leefstijl
 - vochtbeperking 1,5-2 liter
 - natriumbepert dieet
- eHealth
- Revalidatie

TERUGVERWIJS CRITERIA

- (HFpEF), zonder cardiologische of pulmonale problematiek.
- (HFmrEF), zonder andere cardiologische of pulmonale problematiek.
- HFrefEF, verbeterd na behandeling, zonder ander actief cardiaal lijden. (medicatie altijd continueren).
- Kwetsbare ouderen met hartfalen,
- Patiënt in terminale fase (HA wordt telefonisch op de hoogte gebracht)
Extra aandacht voor: dyspnoe, moeheid, angst, depressie, anorexie.

Bijlage 4 . Contactpersonen ziekenhuizen

Dit document is opgesteld door de regionale projectgroep Hartfalen, bestaande uit de volgende leden:

Reinier de Graaf Gasthuis:

- Dhr. J. Aalberts
Cardioloog
- Mw. S. Spanjaard
Hartfalenverpleegkundige

Franciscus Gasthuis en Vlietland

- Mw. A. Hendrix
Cardioloog
- Mw. W. Verloop
Cardioloog
- Mw. M. Heijkoop
Hartfalenverpleegkundige

Zorgorganisatie Eerste Lijn:

- Dhr. T. Tumkaya
HVZ kaderhuisarts
- Dhr. R. van der Putten
Astma/COPD kaderhuisarts
- Mw. W. Ottenkamp
Diabetes kaderhuisarts
- Mw. N. van den Berge
Diabetes verpleegkundige ZEL
- Mw. H. Toussaint
HVZ verpleegkundige ZEL
- Dhr. R. Lok
Programmamanager ZEL

Franciscus Gasthuis en Vlietland

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 8.00 – 16.00u

Locatie Vlietland: 010 – 893 12 25

Locatie Gasthuis: 010 – 461 69 11

hartfalenpoli@franciscus.nl

Hartfalenverpleegkundigen:

Mw. F. Van Vliet, Mw. M. Heijkoop, Mw. E. Visser,
Mw. S. van Toorn, Mw. D. Kieboom

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen:

Mw. Dr. A. Hendrix, Mw. W. Verloop, Mw. E. Padmos

Voor telefonisch contact met de dienstdoende cardioloog:

Tel.nr locatie Vlietland: 010 – 893 52 75

Tel.nr locatie Gasthuis: 010 – 461 74 90

Reinier de Graaf Gasthuis

Hartfalenpolikliniek telefonisch bereikbaar; ma t/m vrij, 10.00 – 12.00u
(uitsluitend voor patiënten die al bekend zijn)

015 – 260 42 56

polihartfalen@rdgg.nl

Hartfalenverpleegkundigen:

Mw. S. Spanjaard, Mw I.S. Kroon (i.o.)

Physician assistant hartfalen:

Mw. K. de Goede-Van Grevenhof, Mw. H. Pap Molnár (i.o.)

Cardioloog met aandachtsgebied hartfalen:

Dhr. dr. J.J.J. Aalberts, Mw. dr. M. van Vliet,

Dhr. J. Schipper, Dhr. P. van Bronswijk

Voor telefonisch contact met de dienstdoende cardioloog:

015 – 260 33 36