



● hoofd, hals en zenuwstelsel

Universitair Ziekenhuis Gent



info voor de patiënt



Centrum voor eetstoornissen

UZ Gent, Universitaire Dienst Psychiatrie

Centrum voor eetstoornissen

Het 'Centrum voor Eetstoornissen' is een van de vijf pijlers van de Universitaire Dienst Psychiatrie (UDP) en omvat de volgende activiteiten:

1. Zorgverlening: Polikliniek
2. Zorgverlening: Residentiële behandeling
3. Wetenschappelijk onderzoek en onderwijs
4. Dienstverlening

Samen met de Centra voor Urgentiepsychiatrie, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Algemene en Liaison Psychiatrie en Angst- en Stemmingstoornissen, wordt op een wetenschappelijke en hedendaagse manier patiëntvriendelijk gezorgd voor de geestelijke gezondheid.

De Universitaire Dienst Psychiatrie behoort tot het Universitair Ziekenhuis Gent en heeft nauwe banden met de Universiteit Gent. Het Centrum voor Eetstoornissen profileert zich als gespecialiseerd centrum binnen een netwerk van hulpverlening voor eetproblematiek. Dit netwerk bestaat zowel uit andere gespecialiseerde centra in eetstoornissen (nationaal en internationaal) als uit gespecialiseerde zorg voor persoonlijkheidsproblemen, zorg voor eetproblemen en voedingsadviezen en zelfhulporganisaties.

In deze brochure wordt ingegaan op de aspecten van zorgverlening. Achtereenvolgens worden de medewerkers van het Centrum voorgesteld, de wetenschappelijke verklaring voor eetstoornissen en de werking van het centrum besproken en wordt de nodige basisinformatie verstrekt.

Organisatie Centrum voor Eetstoornissen

(Adolescenten vanaf 15 jaar en volwassenen)

Medisch diensthoofd: prof. dr. Cornelis van Heeringen
Coördinator: prof. dr. Myriam Vervaeke
Supervisor residentiële behandeling: dr. Katrien Bernagie

Medewerkers

• Polikliniek

Prof. dr. Myriam Vervaeke (psycholoog-gedragstherapeut)
Dr. Katrien Bernagie (psychiater-gedragstherapeut)
Dr. Gwendolyn Portzky (psycholoog-gedragstherapeut)
Psychiater in opleiding
Lic. Nele Arbyn (psycholoog-gedragstherapeut)
Lic. Rita Van Damme (psycholoog-gedragstherapeut)

• Residentiële behandel eenheid

Supervisor: dr. Katrien Bernagie
Behandelende arts
Psychologen: lic. Nele Arbyn & Katrien Oosterlynck
Waarnemend hoofdverpleegkundige: Rose-Anne Mesdag
Ergotherapeut: Marleen Lepee
Kinesist: Carine De Vynck
Bewegingstherapeut: Frauke Bruynooghe
Sociaal verpleegkundige: Lies Vos
Diëtisten: Linda Deschacht & Delphine Van Damme
Verpleegkundigen: Esther Buyle, Lien Callens, Marleen De Smet, Sandra Gissens, Wouter Naert, Liesbeth Van de Velde, Isabel Van Caneghem, Helga Van Quickelberghe
Secretaresse: Carine Viquier

Wanneer men het in medische termen heeft over 'eetstoornissen', dan wordt hieronder een psychische aandoening verstaan met als belangrijkste kenmerken:

Een overmatige preoccupatie (bezorgdheid, veel bezig zijn) met het eigen gewicht en/of fysieke voorkomen gekoppeld aan disfunctioneel eetgedrag.

- Lijngedrag (vasten, diëten, selectief eten)
- Eetbuien (eten van grote hoeveelheden voedsel op korte termijn met een gevoel van controleverlies)
- Compensatiegedrag (zelf-opgewekt braken, misbruik laxativa & diuretica, overmatige lichaamsbeweging)

Men onderscheidt een aantal groepen en subgroepen. Dit onderscheid wordt vooral gemaakt op basis van gewicht en type eetgedrag:

Anorexia Nervosa (AN)

- Restrictor-type (lage gewicht wordt bereikt en onderhouden door lijngedrag en compensatiegedrag)
- Binge/Purging-type (er is lijngedrag, eetbuien en compensatiegedrag vooral braken en misbruik van laxeermiddelen)

Bulimia Nervosa (BN)

- Binging-Purging type (lijngedrag wordt onderbroken door eetbuien gevolgd door compensatiegedrag)
- Non-Purging type (lijngedrag wordt onderbroken door eetbuien)

Atypische Eetstoornissen

- Patiënten vertonen het syndroom maar niet in dezelfde mate als de typische eetstoornissen AN & BN
- Binge-Eating-Disorder (eetbuiestoornis: er zijn voortdurend eetbuien die nauwelijks gecompenseerd worden)

Gezien wij in een cultuur leven waarbij uiterlijk en lichaamsgewicht een belangrijke rol spelen in 'aantrekkelijkheid' zijn er vele jonge meisjes en vrouwen die aan de lijn doen. Het criterium voor 'gestoord lijngedrag' is de:

- Ernst (vasten: weinig tot minder dan 800 Kcal, selectief eten, meer dan 2x per week eetbuien hebben en/of compenseren door dagelijks laxeermiddelen te misbruiken, dagelijks x aantal uren aan sport doen)
- Duur (minimaal gedurende 3 maanden) en het
- Storend karakter (verhindert andere activiteiten)
 - Beperking in psychosociaal functioneren: men isoleert zich meer en meer en wordt 'emotioneel' onbereikbaar
 - Fysieke gezondheid wordt geschaad

Een overzicht van de belangrijkste kenmerken en gevolgen van eetstoornissen wordt in bijlage 1 gegeven. Wanneer uzelf lichamelijke klachten hebt, is het nodig die aan uw behandelaar te melden. Wanneer uw behandelaar een psycholoog is, zal die een medisch consult aanvragen bij Dr. Katrien Bernagie van het centrum voor eetstoornissen of aan uw huisarts. Indien nodig zal naar een specialist-internist of gynaecoloog worden doorverwezen. De lichamelijke problemen worden vaak verzwegen omdat men de ziekte niet graag opgeeft. Het is nochtans van levensbelang deze problemen wel aan te geven wegens een verhoogd risico op hart- en nierfalen.

Omdat er grote commerciële belangen vasthangen aan het verkopen van snelle methodes om te vermageren en het promoten van 'gezond eten', weten vele mensen ook niet meer waaruit een degelijke gezonde voeding bestaat. Daarom wordt in bijlage 2 een samenvatting gegeven van gezonde voeding op wetenschappelijke basis. Indien u echter persoonlijk advies wil of vragen hebt, kunt u zich best wenden tot www.voedings-advies.com of Centrum voor voedings- en dieetadvies, Universitair Ziekenhuis Gent, tel. 09 332 25 98.

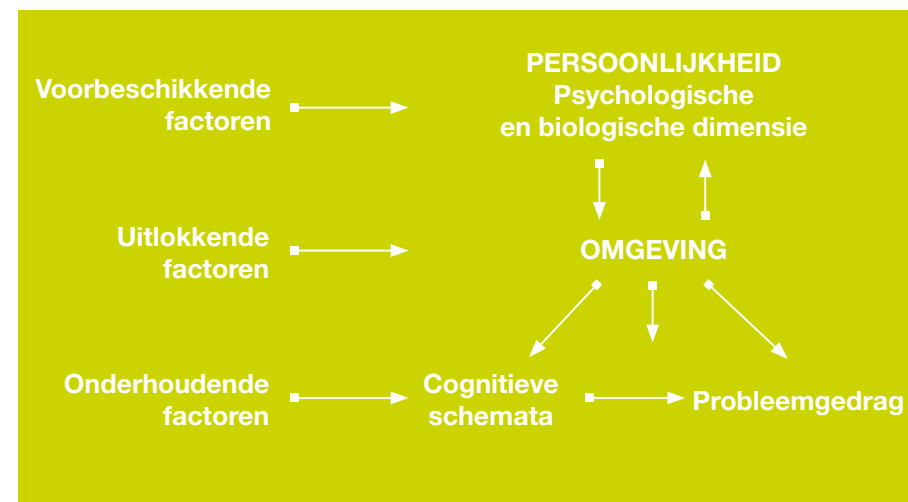
Eetstoornissen komen vooral voor bij jonge vrouwen en de mate waarin ze voorkomen is afhankelijk van de categorie. Zoals reeds vermeld zal een categorie ook overeenstemmen met een bepaalde gewichtsklasse. Gewicht wordt hierbij uitgedrukt in Body Mass Index (BMI = Gewicht/lengte in het kwadraat). Enkele cijfers worden hieronder weergegeven:

	AN	BN	BED
Prevalentie in % bij risicoleeftijd	0.25	3	> 5
Leeftijdscategorie in jaren	15 - 24 (m = 16)	15 - 24 (m=18)	30 - 60
Vrouw/man verhouding	9/1	7/3	6/4
BMI	< 17.5	19 - 25	> 30

Voor velen lijkt het onmogelijk dat het om een psychische stoornis gaat omdat bij meisjes en jongens die een eetstoornis ontwikkelen er vaak tot in de puberteit totaal geen probleem te bekennen valt, wel integendeel. Zelfs in het begin van een eetstoornis lijkt het zo dat het meisje of de jongen enkel een veranderd en opvallend eetpatroon ontwikkeld heeft waardoor zij/hij vermagerd, maar dat er verder niets aan de hand is. De omgeving, zowel ouders als vrienden, hebben de neiging om deze verandering goed te keuren en aan te moedigen. Tot het uit de hand loopt. Men wordt te mager, men wil alleen vegetarisch eten of niet meer aan tafel zitten bij de anderen. Het toilet raakt verstopt, etensresten op de kamer, er verdwijnt eten uit de voorraadkast enz. Op dat moment ontstaan in de meeste gezinnen conflicten: men eist dat er terug normaal gegeten wordt en dat de nieuwe gewoontes achterwege gelaten worden. Maar dat lukt niet wegens hevig verzet van de dochter/zoan. De oorzaak hiervan is dat meisjes en jongens die uiteindelijk een eetstoornis ontwikkelen, vaak andere motieven hebben om af te slanken:

- ze hopen hierdoor meer zelfvertrouwen te krijgen, of aardiger gevonden te worden en meer geaccepteerd door anderen
- men was vaak bij aanvang van de afslankpoging helemaal niet te dik, maar voelde zich te dik
- men stelde zich geen grenzen bij het afslanken, of ging deze grens steeds maar weer verleggen

Waarom een bepaald gedrag, in dit geval eetgedrag, helemaal ontspoot, is te verklaren door een complexe interactie van psychologische, sociale en biologische factoren. Bij het ontwikkelen van een psychisch probleem gaat men ervan uit dat bepaalde kenmerken die tot het erfelijk materiaal (oorzakelijke factoren) behoren iemand kwetsbaar kunnen maken. Dat betekent dat iemand met een bepaald persoonlijkheidsprofiel zich door bepaalde ervaringen of stressvolle gebeurtenissen (uitlokkende factoren) kan bedreigd voelen. De toestand (die gevoelsmatig vaak uitgedrukt wordt in angst, verdriet, kwaadheid) waarin die persoon zich dan bevindt, zal maken dat hij zich anders zal beginnen gedragen en anders zal gaan denken waardoor informatie die vanuit de buitenwereld komt anders gezien en/of anders geïnterpreteerd wordt. Dit wordt hieronder schematisch weergegeven:



Op die manier zal iemand met AN de (door haar waargenomen) eisende en bedreigende buitenwereld proberen te vermijden door prestaties te leveren. Die prestaties houden dan in dat zij extreem hoge eisen (voeding, gewicht, schoolresultaten, beweging) stelt aan zichzelf en mocht ze die eisen niet halen zichzelf straft. Iemand met BN zal zich vaak ontgoocheld voelen (in anderen, in zichzelf), zichzelf afgewezen voelen en aan deze frustrerende gevoelens willen ontsnappen (door aantrekkelijk te zijn, door eetbuien, door te braken). Zo zal de extreme fixatie op gewicht en uiterlijk een 'schijnoplossing' worden voor de angst om niet

begrepen en/of aanvaard te worden door anderen, een basis van vertrouwen waaraan iedereen nood heeft. Eénmaal men in de vicieuze cirkel komt van uit-hongeren, eetbuien en braken denkt men niet 'dit is geen goede methode om mijn doel te bereiken', men denkt wel 'ik doe het niet goed genoeg, morgen moet het beter'. Als de ouders of partner hen willen overtuigen te stoppen met dat gedrag, lukt het niet. Het lukt evenmin als professionele behandelaars enkel deze boodschap brengen.

Wat zijn nu de specifieke risico-factoren in het ontwikkelingsproces van eetstoornissen, met andere woorden hoe ontwikkelt een eetstoornis?

Uit onderzoek is gebleken dat een angstig persoonlijkheidsprofiel aan de basis ligt van een eetstoornis. Men loopt dus risico wanneer men van nature uit (door erfelijkheid of vroeg kinderlijke ervaringen) vrij angstig is. Gezien erfelijkheid een rol speelt kan het zijn dat ook één van de ouders lijdt aan een eetstoornis, depressie of verslaving (oorzakelijke factoren). Men kan ook heel angstig geworden zijn door een trauma zoals bij seksueel, lichamelijk en/of verbaal geweld. Wanneer deze angstige meisjes (jongens) opgevoed worden in een milieu met een sterke nadruk op prestaties en succes of in een gezin waar conflicten worden vermeden en niet openlijk gecommuniceerd wordt of waar (te)veel aandacht voor gezonde voeding en diëten wordt gegeven, lopen zij meer risico om een eetstoornis te ontwikkelen. Maar ook opgroeien in onze maatschappij is complex en moeilijk, zeker voor angstige jongeren. Zo zullen angstige mensen het moeilijk hebben om eigen keuzes te maken. Keuzes maken betekent immers dat men beslissingen kan nemen waar sommige mensen achter staan maar anderen weer niet. Het houdt in dat men kritiek kan krijgen op zijn keuze of dat achteraf blijkt dat het geen goede keuze was. Kortom allemaal situaties die een angstig persoon liever zou vermijden of keuzes die men enkel zou maken als men 100% zekerheid heeft over een te nemen beslissing. Net iets wat nooit kan (uitlokkende factoren). Wanneer zowel deze kiem (oorzakelijke factoren) als voedingsbodemp (uitlokkende factoren) aanwezig is, is er veel kans dat men vanuit een grote onzekerheid over zichzelf en de relatie met de buitenwereld enkele heel (voor eetstoornissen) typische kenmerken ontwikkelt:

- Een sterk uitgesproken lichaamsontevredenheid
- Over-evaluatie van presteren: perfectionisme met typische denkfouten
 - Alles of niets redeneren
 - Zwart/wit redeneren
 - Kiezen is verliezen
- Moeilijkheden in relaties met anderen

Het zijn deze kenmerken die de informatieverwerking van nieuwe prikkels mee zullen sturen. Concreet betekent dit dat meisjes (jongens) met eetstoornissen informatie over zichzelf en anderen op een specifieke manier (sterk perfectionistisch gekleurd, betrekken op hun uiterlijk & gewicht en angstig voor afkeuring in het contact met anderen) zullen verwerken. Wat zij als informatie zullen opnemen (perceptie), selecteren (aandacht) en onthouden (geheugen) verloopt niet op objectieve wijze (onderhoudende factoren). Als reactie hierop zullen zij op een typische manier denken en zich gedragen.

Het anorectische meisje probeert haar frustratie van niet op een perfecte manier te kunnen leven om te zetten in perfectionistische prestaties (strengere regels rond eten en gewicht, nauwelijks haalbare prestaties in bewegen, op school, voor orde, naar andere mensen toe). Het bulimische meisje probeert haar frustratie te compenseren (door ideale lichaamsmaten, door eetbuien en braken, door telkens te ontsnappen uit frustrerende contacten).

Men stelt bovendien vast dat bij eetstoornissen vaak sprake is van co-morbiditeit, dat betekent dat de kenmerken die werden besproken bij sommige meisjes (jongens) zo sterk aanwezig zijn dat ze leiden tot moeilijk en complex te behandelen problemen. Het kan dat de angst zo groot is dat er terzelfdertijd ook van een angststoornis gesproken kan worden, of dat de depressie (met suicide-gedrag) die met deze problematiek gepaard gaat heel uitgesproken is of dat sommige trekken nog weinig voor verandering vatbaar zijn zoals bij de persoonlijkheidsstoornis. Reken daarbij de voor de grootste groep ook belangrijke lichamelijke gevolgen van de ziekte. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de behandeling veel inspanning en tijd vergt van de patiënt, zijn ouders en zijn behandelaars.

De behandeling die in ons centrum (en ook internationaal) wordt toegepast heet cognitieve gedragstherapie en is gesteund op wetenschappelijke evidentie. Alle behandelaars (psychiater of psycholoog) van ons centrum zijn opgeleid als psychotherapeut met een bijkomende specialisatie voor eetstoornissen.

Wanneer de diagnose is gesteld (op basis van een klinisch interview en gestandaardiseerde vragenlijsten) krijgt de patiënt een behandelaar op de polikliniek toegewezen (zie lijst medewerkers). De behandeling start met een individuele wekelijkse gesprekstherapie die 45 minuten duurt. Indien de patiënt een meer intensieve vorm van behandeling nodig heeft, gebeurt dat in overleg met de aangewezen behandelaar.

Er kan dus een opname worden voorgesteld: de duur daarvan is minimaal 3 weken en maximaal 3 maanden. De opname kan volgende doelstellingen hebben: een grondige observatie en diagnostiek, een op punt stellen van het eetgedrag, een voorbereiding op een langdurige behandeling bij ons of in een ander centrum of een intensieve, multidisciplinaire behandeling. De brochure met de inhoud van het programma van onze residentiële setting kunt u aanvragen.

Inhoudelijk richt de therapie zich op de onderhoudende factoren van de eetstoornis: de verstoorde informatieverwerking met de daaraan gekoppelde (gekleurde) gedachten en het (gestoorde) eetgedrag.

Het doel van de therapie is dat het meisje (jongen) op een meer objectieve manier leert kijken naar zichzelf en de mensen rondom haar, leert beslissingen te nemen op basis van het maken van een balans (itt tot zwart-wit redenering), leert problemen op te lossen (ipv ze te vermijden of eruit te proberen ontsnappen), dat ze leert keuzes te maken en om te gaan met kritiek en leert zichzelf te zijn in haar contact met anderen met verwachtingen en grenzen naar anderen. Kortom: dat ze leert vorm te geven aan haar persoonlijkheid in plaats van haar persoonlijkheid te vervangen door vorm te geven aan haar uiterlijk.

Bijlage 1: **Zichtbare en onzichtbare symptomen van eetstoornissen**

	Zichtbaar	Onzichtbaar
Lichamelijk	<ul style="list-style-type: none"> • gewichtsveranderingen • koud • blauwe handen • bleke gelaatskleur • vermoeidheid • flauwvallen • verslapping/uitdroging van de huid • haaruitval • donsbeharig • opgezwollen speekselklieren • schorre, hese stem 	<ul style="list-style-type: none"> • onregelmatige/uitblijven van de menstruatie • vermoeidheid
Gedrag, gedachten, gevoelens	<ul style="list-style-type: none"> • zich afzonderen • sociale contacten ontlopen, in het bijzonder situaties waarbij gegeten wordt • overmatig sporten • meerdere lagen/wijde kleding dragen • toenemend wantrouwen t.o.v. de omgeving • rusteloosheid • dwangmatig gedrag • slechte concentratie • weinig zelfvertrouwen • overtuiging dat gewichtsverlies gelukkiger maakt • stemmingswisselingen • neerslachtigheid, depressiviteit 	<ul style="list-style-type: none"> • in gedachten voortdurend met eten of gewicht bezig • zwart-wit denken • gewicht bepaalt het humeur • neerslachtige stemming met soms doodsgedachten • concentratiestoornis
Eetgedrag	<ul style="list-style-type: none"> • liever alleen eten • langzaam eten • dwangmatige eetrituelen • drinken van grote hoeveelheden caloriearme dranken • graag koken voor anderen, maar er zelf niet van eten 	<ul style="list-style-type: none"> • steeds meer soorten voedsel zijn verboden • overmatige aandacht voor 'gezond' eten, calorieën tellen, vetten vermijden • schuldgevoel als er meer gegeten wordt dan gepland

De belangrijkste risico/beschermende factoren bij het ontstaan en de evolutie van eetstoornissen

	Persoonlijk	Omgeving
Risico-factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig zelfvertrouwen • Negatief zelfbeeld • Negatieve lichaamsbeleving • Perfectionisme • Faalangst • Afhankelijk van de goedkeuring van anderen • Moeite met het uiten van gevoelens of omgaan met conflicten • Lijngedrag • Aanleg voor overgewicht • Aanleg voor depressie of verslaving 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestatiegerichtheid • Gepest worden • Competitiesport, ballet • Emotionele verwaarlozing • Fysiek geweld • Seksueel misbruik • Gezin met weinig uiting van meningsverschillen en conflicten • Terughoudendheid over lichamelijkeid en seksualiteit • Sterk accent op uiterlijk • Dieetgedrag in de familie
Beschermende factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Voldoende sociaal vaardig • Bestendig tegen sociale druk 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanwezigheid van een vertrouwensfiguur • Meer aandacht voor het welbevinden dan uiterlijk

Bijlage 2: Wat is een gezond gewicht en wat is gezonde voeding?



De voedingsdriehoek geeft een idee van wat er dagelijks gegeten zou moeten worden om voldoende energie en voedingsstoffen op te nemen. (zie ook <http://www.vig.be>).

Een dagvoeding samenstellen is op zich een complex gegeven omdat elk voedingsmiddel op zich een aantal voedingsstoffen levert, maar één enkel voedingsmiddel nooit alle vereiste voedingsstoffen levert.

Om aan de energie en voedingsstoffen te geraken die nodig zijn, moeten alle groepen van de voedingsdriehoek in de voeding vertegenwoordigd zijn. Enkel de restgroep is niet noodzakelijk.

Gemiddeld aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen per dag

	12 tot 20 jaar	20 tot 50 jaar
Brood	5-7 sneetjes (175-245 gram)	5-7 sneetjes (175-245 gram)
Aardappelen (of rijst, pasta, peulvruchten)	200-250 gram 4-5 aardappels of opscheplepels rijst/pasta /peulvruchten	150-250 gram 3-5 aardappels of opscheplepels rijst/pasta/peulvruchten
Groente	200 gram (4 groentelepels)	200 gram (4 groentelepels)
Fruit	2 vruchten (200 gram)	2 vruchten (200 gram)
Zuivel	500 ml melk(producten) en 20 gram kaas (1 plak)	400 ml melk(producten) en 20 gram kaas (1 plak)
Vlees(waren), vis, kip, ei of vleesvervangers	100-120 gram	100-120 gram
Halvarine, margarine, bak- en braadproducten	20-30 gram	20-35 gram
Dranken	1,5 liter	1,5 liter

© Voedingscentrum - eerlijk over eten

Tips voor de ouders

- Eet op regelmatige tijdstippen: geef voldoende tijd aan de maaltijden en aan samen eten.
- Vermijd machtsspelletjes in verband met voedsel: ouders zijn verantwoordelijk voor de soort maaltijden die ze aanbieden, het tijdstip waarop ze ze aanbieden en de plaats waar ze ze aanbieden. De meisjes zijn verantwoordelijk voor de hoeveelheid die ze eten.
- Zorg voor een ontspannen en plezierige sfeer aan tafel: eten is genieten van het gevoel en de kwaliteit van het voedsel en genieten van elkaars aanwezigheid, met aandacht voor een positief gesprek. De gesprekken tijdens

de maaltijden gaan niet over het beperken van vetten, en ook niet over het aantal vitamines en mineralen.

- Vermijd voedsel te catalogeren als 'goed of slecht': zorg voor een grote verscheidenheid aan voedsel. Eet als ouder zelf alles in normale porties.
- Beschrijf je kind naar anderen niet op basis van zijn uitzicht, zijn grootte of lichaamsvorm. Vertel hoe ze zich voelen, wat ze zeggen en wat ze doen in plaats van hoe ze eruit zien. Deze tip geldt ook voor uzelf. Een focus op gewicht en uitzicht ondersteunt de angst van uw kind voor vet.
- Doe samen plezierige familieactiviteiten.
- Vermijd de band te leggen tussen lichamelijke inspanning en eetgedrag: zorg ervoor dat lichamelijke activiteit en eten gezien worden als twee verschillende activiteiten.
- Leg er de nadruk op dat mensen die zich goed voelen er ook goed uitzien en niet omgekeerd: als ouder kan uw (gezond) gedrag in verband met voedsel, lichaamsbeeld, lichaamsvorm en fysieke activiteit een positief effect hebben op uw kind.

Enkele nuttige websites voor meer algemene informatie over eetstoornissen:

www.eetexpert.be - www.anbn.be - www.eetstoornissen.be

Wanneer iets niet duidelijk is, kunt u dit ten allen tijde bespreken met uw behandelaar

BMI	17	19	21	23	25	27	30
160	43	49	54	59	64	69	77
165	41	46	52	57	63	68	73
170	49	55	61	66	72	78	87
175	46	52	58	64	70	77	83
180	55	62	68	74	81	87	97
185	58	65	72	79	86	93	103
Cm	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg



Centrum voor eetstoornissen
Universitaire Dienst Psychiatrie
Vakgroep Psychiatrie & Medische Psychologie
Diensthoofd: prof. dr. Cornelis Van Heeringen

De Pintelaan 185 - K12F
9000 Gent
Tel. 09 332 43 95

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185 - 9000 Gent
Tel. +32 (0)9 332 21 11 - Fax +32 (0)9 332 38 00

info@uzgent.be - www.uzgent.be