

Achternaam: _____ M / V
 Voorletters + Voornaam: _____
 Geboortedatum: _____
 Adres: _____
 Postcode & plaats: _____
 Telefoon prive: _____ Telefoon werk: _____
 Telefoon mobiel: _____
 E-mail (voor afspraak herinnering) _____
 Verzekeringsmaatschappij: _____
 Polisnummer: _____
 Burger service nummer (sofi nr): _____
 Beroep _____

Wilt u de vragen betreffende uw gezondheid zo eerlijk en volledig mogelijk invullen, dit is van belang bij chirurgische ingrepen!

Heeft u: *a.u.b. omcirkelen*

Hoge bloeddruk	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Lage bloeddruk	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Hartklep afwijking	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Kunst hartklep	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Pacemaker	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Hartinfarct	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Hartoperatie	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Epilepsie	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Longaandoeningen	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Nierziekte	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Diabetes	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Reuma chronisch / acuut	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Heup / knie prothese	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
HIV-virus	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Hepatitis A / B / C	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Nabloedingen	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Flauwvallen	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Drugsgebruik	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Bent u op dit moment zwanger	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
uitgerekend op	_____		
Zijn er problemen opgetreden na een behandeling	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Gebruikt u medicijnen	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Zo ja welke	_____		

Allergie voor:

Verdooving	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Antibiotica	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Pijnstillers	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Metalen	_____	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>

Anders, namelijk: _____

Naam huisarts _____

Tussentijdse veranderingen dient u bij een volgend bezoek aan ons door te geven.

Handtekening _____ Datum _____