

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Gebruikt u medicijnen? Ook bloedverdunners, pijnstillers, slaaptabellen, etc.

Nee / Ja welke en waarvoor

Heeft u last van allergische reacties? (ook voor medicijnen)

Nee / Ja _____

Heeft u medicatie nodig voor aanvang behandeling? (bijv. antibiotica)

Nee / Ja _____

Heeft u nu of in het verleden te maken met; (aankruisen indien van toepassing)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hartklachten | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Acut Reuma | <input type="checkbox"/> Tumoren |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Nabloedingen / hemofilie |
| <input type="checkbox"/> Kunstgewrichten | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Kunstklep in het hart | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C |
| <input type="checkbox"/> Flauwvallen | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Schildklierfunctie te hoog |
| <input type="checkbox"/> Nierziekten/Dialyse | <input type="checkbox"/> Schildklierfunctie te laag |

Indien andere ziekte, welke?

Naam: _____ Geboortedatum: ___ - ___ - _____

Datum van invullen: ___ - ___ - _____

Handtekening: _____