

Achternaam: _____ M / V
Voorletters: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode & plaats: _____
Telefoon prive: _____ Telefoon werk: _____
Telefoon mobiel: _____ E-mail: _____
Verzekeringsmaatschappij: _____
Verzekerdenummer _____ (a.u.b. een kopie van het polisblad toevoegen)
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:

Hoge bloeddruk	_____ <i>Ja</i>	_____ <i>Nee</i>
Lage bloeddruk	_____ <i>Ja</i>	_____ <i>Nee</i>
Hartklep afwijking	_____ <i>Ja</i>	_____ <i>Nee</i>
Pacemaker	_____ <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>
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>
uiterekend 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:

Verdoving	_____ <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 volgende bezoek aan ons door te geven.

Handtekening _____

Datum _____