

Naam:

.....

Geboortedatum:

.....



<b>Medische voorgeschiedenis</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Graag bijzonderheden invullen</b>
Bent u ooit geopereerd? Zo ja, graag toelichten.			
Bent u onder behandeling van een specialist? Zo ja, graag toelichten.			
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, graag toelichten.			Zo ja? -> Z.O.Z.
Bent u bekend met een allergie voor medicijnen of anderszins?			
Rookt u? Zo ja, hoeveel?			
Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel?			
Gebruikt u drugs? Zo ja, hoeveel?			

<b>Bent u bekend met:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Graag bijzonderheden invullen</b>
Hoge bloeddruk?			
Hart- en/of vaatziekten?			
Hoog cholesterol?			
Longziekten?			
Diabetes Mellitus?			
Botontkalking?			
Reumatische aandoeningen?			
Kanker?			
Nierziekten?			
Huidziekten?			
Angsten, depressie of andere psychische aandoening?			
Maag-/darm-/lever- ziekten?			
Voor vrouwen: Wanneer was het laatste uitstrijkje?			
Komen er in uw familie (Ouders, broers, zussen, kinderen) bepaalde ziektes voor?			
Kreeg u bij de vorige huisarts een jaarlijkse griepvaccinatie?			

