



locatie Dordwijk

Gezondheidsinformatiekaart

wilt u bij alle onderstaande ziektes / afwijkingen aangeven of u deze heeft, dus 'ja' of 'nee' aankruisen

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • abnormale bloeddruk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • hart- of vaatziekte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • nierziekte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • leverziekte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • allergie / overgevoeligheid/hooikoorts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • maagklachten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • reuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • astma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • neusbijholteontsteking <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • lang nabloeden bij wondjes of na trekken kies <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • epilepsie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Is bij u een hartinfarct vastgesteld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Is bij u een hartklepgebrek vastgesteld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u een kunstheup of andere gewrichts-
vervangende operatie ondergaan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u een vaatprothese? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u een hartoperatie ondergaan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u verlammingen of spraakstoornissen gehad? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u op dit moment hepatitis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u een chronische leveraandoening? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Lijdt u aan een chronische ziekte? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u een afwijkende schildklierfunctie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Bent u bestraald of geopereerd in het hoofd - halsgebied? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Bent u zwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Gebruikt u bloedverduuners? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja: welke? _____ | <ul style="list-style-type: none"> • Gebruikt u verder nog medicijnen of verdovende middelen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja: welke?

_____ • Bent u overgevoelig voor medicijnen/
latex/jodium <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Zo ja: welke?
_____ • Heeft u ooit acuut reuma gehad (plotseling pijnlijk gezwollen gewrichten in armen of benen)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Heeft u ooit een abnormale reactie op een verdoving gehad? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Bent u besmet met MRSA of een andere BRMO? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Is uw partner/huisgenoot of iemand die u verzorgt, besmet met MRSA? _____ <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Bent u afgelopen jaar opgenomen geweest in een buitenlandse zorginstelling? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Bent u afgelopen jaar opgenomen geweest in een binnenlandse zorginstelling (m.u.v. Albert Schweitzerziekenhuis) met een MRSA-/BRMO-probleem? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Komt u beroepsmatig in contact met levende varkens, vleeskalveren of vleeskuikens of woont u op een bedrijf waar deze dieren worden gehouden? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee • Indien patiënt < 18 jaar: bent u afgelopen jaar geadopteerd uit het buitenland? _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
|---|--|

bijzonderheden

datum

handtekening