

## Medische gegevens

Datum \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Persoonlijke gegevens

- Naam en voornaam \_\_\_\_\_
- Geboortedatum \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Cardiovasculair

				Behandeling?		
Hart	Hartfalen	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Angor	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Hypertensie	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Myocardinfarct	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Ritmestoornissen	VKF	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
		Andere	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
	Pacemaker			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
Bloedvaten	TIA/CVA	<input type="radio"/> antecedent		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Hemiplegie Li-Re		<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee Kine?	
	DVT	<input type="radio"/> antecedent				
	Antico			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	
	Vasculaire insufficiëntie	Centraal/ Perifeer	<input type="radio"/> actueel		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee

### Gastro-intestinaal

Maag-Duodenum	Dyspepsie en reflux	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
	Peptisch ulcus	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
	Nausea en braken		<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Colon	IBS (prikkelbare darm)	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee spasmolytica
	Obstipatie		<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee laxativa
	Diverticulose		<input type="radio"/> actueel		
	Diverticulitis	<input type="radio"/> antecedent			
	Diarree	Chronisch?		<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja

### Ademhaling

Astma	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
COPD	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
			<input type="radio"/> Ja	P.O.
			<input type="radio"/> Ja	inhalatie
Recente RX thorax	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	aerosol
Roker	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja	O <sup>2</sup>

### Pijn en inflammatie

Chronische pijnmedicatie?			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Palliatieve pijnmedicatie		<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Chron inflammatoir lijden? R.A.	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Ernstige artrose of spierpijnen	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Ernstige wervelzuilaandoening	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Pijnmedicatie?		<input type="radio"/> Trap 1 Paracetamol		
		<input type="radio"/> Trap 2 NSAID		
		<input type="radio"/> Trap 3 Zwakke opioïden		
		<input type="radio"/> Trap 4 Krachtige		
Jicht	<input type="radio"/> antecedent	<input type="radio"/> actueel	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Andere			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
			<input type="radio"/> Ja	Corticoiden?

**Zenuwstelsel**

Psychiatrisch verleden	O antecendent	O actueel	Behandeling?		
Slaapstoornissen	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee	
Angststoornissen	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee	
Depressie	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee	
Delirium	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee	
Ziekte van Parkinson		O actueel	O Ja	O Nee	
Dementie	O begin	O Matig	O ernstig	O Ja	O Nee
Laatste MMSE test	Datum	___/___/_____	score	___/30	
Verslavingsproblematiek?	Welke?				

**Hormonaal**

Diabetes type 2		O actueel	O Ja	O Nee
			O Ja	P.O.
			O Ja	Insuline
Hypothyreose	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee
Hyperthyreose	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee
Osteoporose		O actueel	O Ja	O Nee
			O Ja	Calcium
			O Ja	Vita D
			O Ja	Substitutie
			O Ja	I.V.

**Urogenitaal**

Nierinsufficiëntie	chron	O < 45	O < 30	O < 15	O Ja	O Nee
	Acuut	O antecendent			O Ja	Dialyse
Urinaire incontinentie				O actueel	O Ja	O Nee
Prostatisme				O actueel	O Ja	O Nee

**Infecties**

Bacterieel			O actueel	O Ja	O Nee
MRSA (test laatste datum) ___/___/_____	O antecendent	O actueel		O Ja	O Nee
Clostridium Dif	O antecendent	O actueel		O Ja	O Nee

**Dermatologie**

Wonden			O actueel	O Ja	O Nee
Ulcera	vasculair	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee
	Druk	O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee
Chronische aandoeningen	Psoriasis		O actueel	O Ja	O Nee
	Eczeem		O actueel	O Ja	O Nee

**Oogaandoeningen**

Gezichtsbeperking	Ernstig		O actueel	O Ja	O Nee
Glaucoom		O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee
Cataract		O antecendent	O actueel	O Ja	O Nee
Macula degeneratie			O actueel	O Ja	O Nee

**Neus, keel ooraandoeningen**

O actueel O Ja O Nee

**Mondaandoeningen** Naam tandarts \_\_\_\_\_

O actueel O Ja O Nee

**Oncologische aandoeningen**

O actueel O Ja O Nee

**Belangrijke info** Diëten?

O actueel O Ja O Nee

Kine?

O actueel O Ja O Nee

De ondertekende verklaart dat de betreffende patiënt niet lijdt aan een overdraagbare aandoening.

Stempel + handtekening