

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 ²

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?				
		O Trap 1 Paracetamol		
		O Trap 2 NSAID		
		O Trap 3 Zwakke opioïden		
		O 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 antecedent	O actueel	Behandeling?		
Slaapstoornissen	O antecedent	O actueel	O Ja	O Nee	
Angststoornissen	O antecedent	O actueel	O Ja	O Nee	
Depressie	O antecedent	O actueel	O Ja	O Nee	
Delirium	O antecedent	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 antecedent	O actueel	O Ja	O Nee
Hyperthyreose	O antecedent	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 antecedent			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 antecedent	O actueel	O Ja	O Nee	
Clostridium Dif	O antecedent	O actueel	O Ja	O Nee	

Dermatologie

Wonden			O actueel	O Ja	O Nee
Ulcera	vasculair	O antecedent	O actueel	O Ja	O Nee
	Druk	O antecedent	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 antecedent	O actueel	O Ja	O Nee	
Cataract	O antecedent	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