

**Persoonlijke gegevens**

Naam patiënt: \_\_\_\_\_ Geslacht: M/V  
Straat: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Huisarts: \_\_\_\_\_  
Betrokken specialist: \_\_\_\_\_  
Vertrouwenspersoon: \_\_\_\_\_

**Persoonlijke geschiedenis**

Relevante info/medische voorgeschiedenis

Ziekenhuisopnames: \_\_\_\_\_

Operaties: \_\_\_\_\_

Lengte: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Bloedgroep: \_\_\_\_\_

Slechtziend: J/N LI/RE/BEIDE

0 Bril

0 lenzen

Gehoer vermindering: J/N LI/RE/BEIDE

0 Hoorapparaat

Heeft 1 van de volgende aandoeningen:

Suikerziekte: J/N \_\_\_\_\_

Schildklier: J/N \_\_\_\_\_

Hartproblemen:

Infarct: J/N \_\_\_\_\_

Overbrugging: J/N \_\_\_\_\_

Pacemaker: J/ N

Indien JA: RECHTS /LINKS geplaatst

Spataders: J/N \_\_\_\_\_

Vaatproblemen: J/N \_\_\_\_\_

Mobiliteitsproblemen: \_\_\_\_\_

Hulpmiddelen: \_\_\_\_\_

Knieprothese: J/N

Heupprothese: J/N

Onderliggende aandoeningen:

Reuma, artrose, ...: \_\_\_\_\_

Systeemziekte bv Lupus: \_\_\_\_\_

Andere

Rookt u: J/N

Heeft u 1 van de volgende allergieën (kruis aan)

Iso-Betadine (polyvidonjodium)  Penicilline

Zilver  Siliconen

Pleisters, welke?: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Heeft u een voorkeur van ziekenhuis? \_\_\_\_\_

Heeft u een wilsverklaring? J/N

Uw netwerk:

Wie helpt met de boodschappen?

\_\_\_\_\_

Wie kan je contacteren indien nodig?

\_\_\_\_\_

Is het mogelijk voor u om zelf contact te nemen?

\_\_\_\_\_

Hebt u of hebt u nood aan:

Kinesist: \_\_\_\_\_

Ergotherapeut: \_\_\_\_\_

Gezinszorg: \_\_\_\_\_

Poetshulp: \_\_\_\_\_

Administratieve ondersteuning? Bv tegemoetkoming hulp aan bejaarden

\_\_\_\_\_

Personenalarm met of zonder zorgcentrale \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_