

MEDISCHE FICHE

NAAM	
VOORNAAM	
DATUM LAATSTE UPDATE	

KOPIE IDENTITEITSKAART

VOORKANT	ACHTERKANT

BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS EN GEGEVENS

NOODNUMMERS	ANDERE
112 Ongeval, brand en levensbedreigende situaties 101 Politie 074 450 450 Antigifcentrum	Huisarts: Tel: Behandelend specialist: Tel: Verpleegkundige: Tel: Huisapotheker: Tel:

CONTACTPERSONEN

CONTACTPERSOON 1	CONTACTPERSOON 2
Naam: Tel: Relatie:	Naam: Tel: Relatie:
CONTACTPERSOON 3	CONTACTPERSOON 4
Naam: Tel: Relatie:	Naam: Tel: Relatie:

BELANGRIJKE MEDISCHE GEGEVENS

BLOEDGROEP	BLOEDVERDUNNERS
<input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> AB+ <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-	<input type="checkbox"/> NEEN , ik neem geen bloedverdunners. <input type="checkbox"/> JA , ik neem volgende bloedverdunners:
ALLERGIEËN	RECENTE MEDISCHE INGREPEN
Zo ja, Welke?	Zo ja, Welke?

CHRONISCHE AANDOENINGEN/ BEHANDELINGEN

<input type="checkbox"/> Dementie <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Nierfalen <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Andere:.....
--

HULPMIDDELEN

<input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Bril <input type="checkbox"/> Kunstgebit <input type="checkbox"/> gehoorapparaat <input type="checkbox"/> Andere:.....

DAGELIJKSE HANDELINGEN

Besef van tijd en ruimte	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Geheugen	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Algemene mobiliteit	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Zicht	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Gehoor	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Spreekt Nederlands	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Begrijpt Nederlands	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
Andere, Welke?	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht

AFSPRAKEN MET BETREKKING TOT ZORGPLANNING

<input type="checkbox"/> Ik wil niet worden gereanimeerd. <input type="checkbox"/> Ik wil niet naar het ziekenhuis worden gevoerd. <input type="checkbox"/> Tenzij dit nodig is voor mijn comfort. <input type="checkbox"/> Ik wil niet op een intensieve zorgen afdeling van het ziekenhuis worden opgenomen. <input type="checkbox"/> Ik wil niet aan beademingsapparatuur worden gekoppeld. <input type="checkbox"/> Andere:.....

EIGEN HANDTEKENING	BIJ VORKEUR HANDTEKENING HUISARTS