| 41k | MEMORIALCARE® MEDICAL GROUP |
|-------|--------------------------------|
| 40 24 | MEDICAL GROUP |

Patiëntenregistratie MRN Patiënt informatie Voornaam Achternaam MI Geboortedatum Adres Stad Staat Ritssluiting Controleer Primair Thuistelefoon Werktelefoon Mobiele telefoon telefoon E-mailadres Andere namen gebruikt SSN Voorkeurstaal Rijbewijs Geslacht M Etniciteit Race Burgerlijke staat Voorkeurscontactpersoon Getrouwd Amerikaanse Indianen of Alaskan Native Mail Cambodjaans Enkel Asian Thuistelefoon **Filipijns** Zwart of Afro-Amerikaans Gescheiden Spaans/Latijns Dag telefoon Gescheiden Inheems Hawaïaans/Andere Pacifische Niet-Spaans Mobiele telefoon Weduwe eilandbewoner Wit Patiëntenportaal Levenspartner Ander (Mijngrafiek) Primaire zorgverlener Verwijzende aanbieder Verantwoordelijke partij (garant) Hetzelfde als patiënt Voornaam MI Achternaam Geboortedatum Adres Stad Staat Ritssluiting Controleer Primair Thuistelefoon Werktelefoon Mobiele telefoon Telefoon SSN Rijbewijs Relatie tot de patiënt Voorkeurstaal Contact voor noodgevallen (voor minderjarige kinderen kan dit gedeelte worden gebruikt voor andere ouders) MI Voornaam Achternaam Geboortedatum Adres Stad Staat Ritssluitina Controleer Primair Thuistelefoon Werktelefoon Mobiele telefoon Telefoon Ik/wij stem(men) hierbij in met en autoriseer de uitvoering van alle behandelingen, operaties en medische diensten die door de artsen en het personeel van de bij de MemorialCare Medical Foundation aangesloten medische groepen raadzaam worden geacht aan mij of aan de hierboven genoemde minderjarige van wie ik de ouder ben of wettelijke voogd. Ik verklaar hierbij dat, voor zover ik weet, alle verklaringen in dit document waar zijn. Ik begrijp dat ik rechtstreeks verantwoordelijk ben voor alle kosten die worden gemaakt voor medische diensten voor mezelf en mijn gezinsleden, ongeacht de verzekeringsdekking, met uitzondering van alleen geautoriseerde diensten die worden verleend onder een geldig, vooruitbetaald HMO-contract. Ik ga er bovendien mee akkoord om wettelijke rente, incassokosten en advocatenkosten te betalen die ik heb gemaakt om elk bedrag dat ik verschuldigd ben, te innen. Hierbij geef ik ook toestemming aan de bij de MemorialCare Medical Foundation aangesloten medische groep om de door de verzekeringsmaatschappij en/of haar vertegenwoordigers gevraagde informatie vrij te geven. Ik begrijp deze overeenkomst volledig en de toestemming blijft van kracht totdat ik deze schriftelijk opzeg. Handtekening van de patiënt/verantwoordelijke partij Datum Relatie tot de patiënt Naam van de patiënt/verantwoordelijke partij (afdrukken a.u.b.)



Patiëntenregistratie

| | | |
|--|------|------|

| Apotheek informatie | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|--------------------------------|------|--|--|--|--|--|--|
| Voorkeur apotheek | | | Secundaire apotheek | | | | | | | |
| Naam | | Naam | | | | | | | | |
| Adres | | Adres | | | | | | | | |
| Telefoon | | Telefoon | | | | | | | | |
| Fax | | Fax | | | | | | | | |
| Geavanceerde richtlijnen | | | | | | | | | | |
| | ıurzame volma | ocht 🗆 | Levende wil HC-proxy | | | | | | | |
| | Datum beoord | - | Leveride wii i ic-pi oxy | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Medicijnen – Vermeld alle medicijnen die u geb | | | | | | | | | | |
| | 」 Ik gebruik g | een medicijnei | n | | | | | | | |
| Medicatie naam | | | Dosering | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Medicatie- en voedselallergieën – Maak een lijst van alle b | ekende allergieën (m | edicijnen, voedsel, die | eren, enz.) | | | | | | | |
| | Geen beken | de allergieën | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Medische geschiedenis – Controleer of u ooit de volge | ando aandooningon | hooft gobod on hot | iaar waarin daza ziin ontetaan | | | | | | | |
| Voorwaarde | Jaar | | Voorwaarde | Jaar | | | | | | |
| Geen | Jaai | Galblaas zi | | Jaai | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| allergieën | | GORZ (reflu | ıx) | | | | | | | |
| Bloedarmoede | | Hepatitis C | | | | | | | | |
| Angina | | Hyperlipide | | | | | | | | |
| Spanning | | Hypertens | | | | | | | | |
| Artritis | | | darmziekte | | | | | | | |
| Astma | | Leverziekt | e | | | | | | | |
| Atriale fibrillatie | | Migraine h | oofdpijn | | | | | | | |
| Goedaardige prostaathypertrofie | | Myocardin | farct | | | | | | | |
| Bloedproppen | | Artrose | | | | | | | | |
| Kanker – Type | | Osteoporos | e | | | | | | | |
| Cerebrovasculair ongeval | | Maagzwee | | | | | | | | |
| Coronaire hartziekte | | Nierziekte | | | | | | | | |
| COPD (emfyseem) | | Beroerte aand | oenina | | | | | | | |
| Ziekte van Crohn | | Schildklier aando | | | | | | | | |
| Depressie | | Ander | .cimiy | | | | | | | |
| Diabetes | | Ander | | | | | | | | |
| ☐ Digneres | | Alluei | | | | | | | | |

18-3-2014 2



Patiëntenregistratie

| Chirurgische geschiedenis – Controleer of u de volgende procedures heef | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------|-------|---------------|-------|--|-------------------------|--------|-------|---------|-----------|--------|----------|--------|------|--------------|----|-------|------|--------|------|---|
| | che procedure | | Jaa | ar | | | Chirurgische procedures | | | | | | | | | | | | Jaaı | - | | |
| Geen | | | | Alleen mannen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angioplastie | | | | | | Prostaatbiopsie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angioplastiek me | et stent | | | | | TURP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Appendectomi | e | | | | | (Trans-urethrale resectie van de prostaat) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Artroscopie k | knie | | | | | Vasectomie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rug operatie | | | | | | Ander | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CABG (hartby | /pass) | | | | | 1 | Ander | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vrijlating van de ca | rpale tunnel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cataract-extr | actie | | | | | | Alleen vrouwen | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cholecystecton | nie | | | | | Augmentatie Mammoplastie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colectomie | | | | | | Bilaterale tubaligatie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colostomie | | | | | | Ī | E | 3ors | tbi | iops | sie | | | | | | | | | | | |
| Maag-bypass | 5 | | | | | T | _ | (eize | | _ | | | | | | | | T | | | | |
| Hernia-reparatie | | | | | | Î | |) en | C | | | | | | | | | | | | | |
| Heup vervang | ina | | | | | T | _ | lyste | | ctom | nie | | | | | | | | | | | |
| Knievervangi | | | | | | T | = | orsta | | | | | | | | | | T | | | | |
| LASIK | ··· <u>9</u> | | | | | Ħ | _ | /lyon | _ | | | | | | | | | t | | | | |
| Leverbiopsie | | | | | | Ħ | _ | Redu | | | | nο | nlas | tie | | | | t | | | | |
| Pacemaker | | | | | | Ħ | = | AH/ | | | | | p . c. c | | | | | t | | | | |
| Resectie van de du | Inne darm | | | | | Ħ | | /agin | | | tere | cto | mie | | | | | t | | | | |
| Thyroïdectom | | | | | | ╁ | | nde | | . 11y s | , cci c | cto | iiiic | | | | | t | | | | |
| Tonsillectomie | | | | | | | | | Ander | | | | | | | | + | | | | | |
| | | da ba | oft o | a # a | | | _ | | | مما مر | t 100 0 0 | o t 16 | | to 01/ | | . 10 | | + | | | | |
| Gezondheidsonderhoud – Controleer of u het volgende heeft ontvanger | | | | | | , er | i de c | Jaturi | I Vo | III He | | | | le ex | alli | 211 . | | T | | Determ | | |
| Geen | Examen | | Dat | um | | + | Examen | | | | | | | | | | + | Datum | | | | |
| | | | | | | ╂ | GYN-examen | | | | | | | | | + | | | | | | |
| Borstonderzoek | | | | | | + | Griepprik | | | | | | | | | | + | | | | | |
| Cardiale stres | stest | | | | | + | Lipide-paneel | | | | | | | | | | + | | | | | |
| Colonoscopie | | | | | | - | Mammogram | | | | | | | | | | + | | | | | |
| DEXA-scan | | | | | | - | Pap test | | | | | | | | | | + | | | | | |
| Echocardiogra | ım | | | | | + | Fysiek examen | | | | | | | | | | + | | | | | |
| ECG | | | | | | Ц | Pneumokokkenvaccin | | | | | | | | | | - | | | | | |
| Oogexamen | | | | | | Ц | Longfunctietest | | | | | | | | | | - | | | | | |
| FOBT (ontlastingska | aart voor verborgen bloed) | | | | | Ц | Sigmoïdoscopie | | | | | | | | | | 1 | | | | | |
| Voet examen | | | | | | П | Tetanusvaccin | | | | | | | | | L | | | | | | |
| Familiegeschiedenis – Co | ontroleer of een of meerdere gez | insled | en ee | en va | ın de | vol | gende | e aand | doe | ninge | n hee | ft ge | ehad. | | | | | | | | | |
| Geadopteerd | | | | | | | | | | | | | | • | | | | | | | | |
| Di | agnose | Мо | ede | r | Va | de | er | Bro | oe | r | Z | us | | Α | nd | er | Ar | ıde | r | Ar | nder | ٢ |
| Alcoholisme | | | | | | | % S | | | | | | | | | | | | | 8 | | |
| allergieën | | | | | | | 9. S | | | | | | | | | | | | | 33 | | |
| Ziekte van Alzheim | er | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Astma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bloedziekte | | | | | | | g/ | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAD (hartaanval |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kanker – Soort: | | | | | | | Si . | | | | | | | | | | | | | 10.5 | | |
| CVA (beroerte) | | İ | | T | 1 | Ħ | 50 | i | П | | | | | | | | | | | | | |
| Depressie | | | | | | Ħ | 33 | | П | | | Ħ | | | | | | | | | | _ |
| Ontwikkelingsachterst | and | | | | 1 | Ħ | 201 | Ħ | П | | | Ħ | | | F | | | Ħ | | 100 | | |
| Diabetes | | | | | Ħ | 331 | | П | | | Ħ | | | | | | Ħ | | 10 | | | |

18-3-2014 3



Patiëntenregistratie

| MRN | |
|-----|--|
|-----|--|

| Familiegeschiedenis – vervolg | | | | | | | | _ | | | | | | | |
|--|--------------------|-------------------|-----------|-------|--------------------------------|--------|----------------------|--------------------------------|----------|------|----------|------|----|-----|--|
| Dia | ignose | | Moede | er Va | der | Bro | er | Zus | Ar | nder | An | der | An | der | |
| Eczeem | | | | | | | | | 1 | | | | | | |
| Gehoortekort | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hyperlipidemie (ho | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hypertensie (hog | ge bloeddruk | :) | | | | | | | | | | | | | |
| Prikkelbare darmz | iekte | | | | | | | | | | | | | | |
| Leerstoornis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geestelijke ziekte | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tuberculose | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obesitas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Artrose | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osteoporose | | | | | | Ī | | | | | | | | | |
| PVD | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nierziekte | | | | Ī | 1 | Ī | 1 | | İ | = | Ī | | Ī | | |
| Ander | | | | Ī | i | Ī | 1 | | Ì | Ħ | | | Ī | | |
| Ander | | | | Ī | i | Ť | i | | Ì | Ħ | Ī | 7 | Ī | | |
| Sociale geschiedenis voor v | olwassen patiënten | | | | | | | | | | | | | | |
| Bezigheid | | | ' | · · | Werk | aevei | - | | | | | | | | |
| 3 2 2 | | | | | | 5 | | | | | | | | | |
| Heeft u kinderen | ? | ☐ Nee | Hoeve | eel? | | | Vro | ouwtje(s) | | | Mannetje | e(s) | | | |
| | | | l . | | | | | | | | | | | | |
| Tabak gebruik | Dagelijks | w | 'ekelijks | N | linder | | 1 - | Kauwen | <u> </u> | Pijp | | | | | |
| □ Naa | | | | | | | Sigaret Sigaret | | | | | | | | |
| ☐ Nee | Voormalig/j. | aarlijks stoppen: | | | | | Rookloos merk: | | | | | | | | |
| Alcoholgebruik | Dagelijks | ∐ w | ekelijks | N | linder | | | Bier | | Wijr | n | | | | |
| ☐ Nee | Voormalig/j. | aarlijks stoppen: | : | | | | Likeur Ander: | | | | | | | | |
| | Gemati | ad \square K | rachtig | П | evest | iad | Slaap patroon: | | | | | | | | |
| Oefening activiteit | | | | | | · 9 | 1 | 1 | _ | I | | | | | |
| | Dagen/wee | Dagen/week: | | | | | | Veranderingen Geen verandering | | | | | | | |
| Cafeïnegebruik | Dagelijks | Пw | ekelijks | | linder | | ☐ Chocolade ☐ Koffie | | | | | | | | |
| careniegebranc | Dagelijks | · | ckenjks | Ш " | iiiiuci | | | Frisdrank | | The | | | | | |
| ☐ Nee | Voormalig/ja | aarlijks stoppen: | : | | | | | Tabletten | | And | | | | | |
| | | | | | | | | | | • | | | | | |
| Voor pediatrische patiënt | | | | | | 7 | 1 | | | i | | | | | |
| Patiënt woont | Primair | ☐ Moed | er | Vade | | ┵ | 」 Bei | ide ouders | | Ande | er: | | | | |
| met: | Ondergeschikt | Moed | er | Uade | er | |] And | der: | | | | | | | |
| Beroep van moed | er | | • | | Vaders beroep | | | | | | | | | | |
| • | | | | | | | | • | | | | | | | |
| Ouders relatie | | | | | Kinder | opvang | ı | | | | | | | | |
| Getrouwd | ☐ Enke | اد | | | | Иoed | or | □ Groc | toud | ۵r | | | | | |
| Gescheiden | = | eiden | | | | | | = | | CI | | | | | |
| Weduwe | ☐ Gesci | ieluell | | | ☐ Vader ☐ Oppas | | | | | | | | | | |
| vveduvve | | | | | Broer of zus Kinderdagverblijf | | | | | | | | | | |
| Plantatelling | | □ Nee | | | Patiënt is huidige roker? | | | | | | | | | | |
| Blootstelling aan tabak: Rokers thuis: | : | Nee | | | Patiënt is huidige roker? | | | | | | | | | | |
| ייסעבו א נוועוא. | <u> </u> | INGE | | | | | | | | | | | | | |

18-3-2014 4