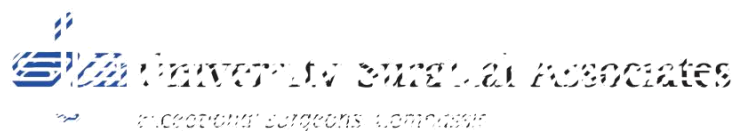


# Patiëntregistratieformulier



## Bezoek Informatie

### Soort bezoek

☐ Persoonlijk ☐ Arbeiderscomp ☐ Ander ongeval ☐ MVA/auto-ongeluk

### Verwijzingsbron

☐ Arts ☐ Familielid/vriend ☐ Online ☐ Advertentie ☐ Gele pagina's ☐ Ander

Verwijzende arts

Adres

Stad

Staat

Ritssluiting

Kantoor telefoon



## Patiënt informatie

Naam (eerste, middelste, laatste)

Geboortedatum

SS#

Adres

Geslacht. #

Stad

Staat

Ritssluiting

Thuis telefoon

Mobiele telefoon

Naam werkgever

Werkgevers adres

Stad

Staat

Ritssluiting

Telefoon van werkgever



## Informatie over de Echtgenoot

Naam (eerste, middelste, laatste)

Geboortedatum

SS#

Adres

Geslacht. #

Stad

Staat

Ritssluiting

Thuis telefoon

Mobiele telefoon

Naam werkgever

Werkgevers adres

Stad

Staat

Ritssluiting

Telefoon van werkgever



## Contactpersoon voor noodgevallen

Naam (eerste, middelste, laatste)

Relatie tot de patiënt

Adres

Geslacht. #

Stad

Staat

Ritssluiting

Thuis telefoon

Mobiele telefoon

Naam werkgever

Werkgevers adres

Stad

Staat

Ritssluiting

Telefoon van werkgever



Factuurnaam

Geboortedatum

SS#

Adres

Geschikt. #

Stad

Staat

Ritssluiting

Thuis telefoon

Mobiele telefoon

Naam werkgever

Werkgevers adres

Stad

Staat

Ritssluiting

Telefoon van werkgever



## Verzekeringsinformatie

## Primaire verzekering

Naam van verzekering

Adres

Adres 2

Stad

Staat

Ritssluiting

Telefoon

Fax

Ingangsdatum

Groep #

Beleid #

## Primaire abonnee(Verzekeringnemer)

Relatie tot de patiënt

Naam

Adres

Geschikt. #

Stad

Staat

Ritssluiting

Thuis telefoon

Mobiele telefoon

Geboortedatum

SS#

Naam werkgever

Werkgevers adres

Stad

Staat

Ritssluiting

## Secundaire verzekering

Naam van verzekering

Adres

Adres 2

Stad

Staat

Ritssluiting

Telefoon

Fax

Ingangsdatum

Groep #

Beleid #

## Secundaire abonnee(Verzekeringnemer)

Relatie tot de patiënt

Naam

Adres

Geschikt. #

Stad

Staat

Ritssluiting

Thuis telefoon

Mobiele telefoon

Geboortedatum

SS#

Naam werkgever

Werkgevers adres

Stad

Staat

Ritssluiting



Patiëntnaam (eerste, middelste, laatste)

Huidige toestand/klacht

Verwijzende arts

## ALLEEN KANTOOR GEBRUIK

(RUE) BP

Hoogte

(LUE) BP

Gewicht

Hartslag

Temp.

Resp. Tarief

## allergieën

## Reacties

Geschiedenis van de huidige ziekte

Eerdere ziekenhuisopnames/operaties/ernstig letsel

## Huidige medicatie

Patient naam:

--

[illegible]


[illegible]

### Medische geschiedenis van de patiënt

Diabetes ☐ Ja ☐ Nee

Hoge bloeddruk ☐ Ja ☐ Nee

Kanker ☐ Ja ☐ Nee

Hartinfarct ☐ Ja ☐ Nee

Hartproblemen ☐ Ja ☐ Nee

Convulsies ☐ Ja ☐ Nee

Bloedingsneiging ☐ Ja ☐ Nee

Recente infecties ☐ Ja ☐ Nee

Seksueel overdraagbare aandoening ☐ Ja ☐ Nee

HIV/AIDS ☐ Ja ☐ Nee

Hepatitis ☐ Ja ☐ Nee

Tuberculose ☐ Ja ☐ Nee

Familiegeschiedenis van poliepen ☐ Ja ☐ Nee

Familiegeschiedenis van kanker ☐ Ja ☐ Nee

Familiegeschiedenis van borstkanker ☒ Ja ☐ Nee

## Patiënt sociale geschiedenis

Burgerlijke staat ☐ Enkel ☐ Getrouwd ☐ Gescheiden ☐ Gescheiden ☐ Weduwe

Gebruik van alcohol ☐ Nooit ☐ Zelden ☐ Gematigd ☐ Dagelijks

Gebruik van tabak ☐ Nooit ☐ Eerder, maar stop ermee  Huidige pakketten/dag

Gebruik van medicijnen	<input type="checkbox"/> Nooit	Type/frequentie
------------------------	--------------------------------	-----------------

## Familie medische geschiedenis

[illegible]



Kruis het juiste antwoord aan

**CONSTITUTIONEEL SYSTEEM**

- Goede algemene gezondheid ☐ Ja ☐ Nee
- Recente gewichtsverandering ☐ Ja ☐ Nee
- Koorts ☐ Ja ☐ Nee
- Vermoeidheid ☐ Ja ☐ Nee
- Hoofdpijn ☐ Ja ☐ Nee

**OGEN**

- Oogziekte of letsel ☐ Ja ☐ Nee
- Draag een bril/contactlenzen ☐ Ja ☐ Nee
- Wazig of dubbel zien ☐ Ja ☐ Nee
- Glaucoom ☐ Ja ☐ Nee

**OREN/NEUS/KEEL**

- Gehooorverlies/rinkelen ☐ Ja ☐ Nee
- Chronische sinusproblemen ☐ Ja ☐ Nee
- Neus bloedt ☐ Ja ☐ Nee
- Slechte adem of slechte smaak ☐ Ja ☐ Nee
- Keelpijn / stemverandering ☐ Ja ☐ Nee

**CARDIOVASCULAIR**

- Hart problemen ☐ Ja ☐ Nee
- Pijn op de borst of angina pectoris ☐ Ja ☐ Nee
- Hartkloppingen ☐ Ja ☐ Nee
- Kortademig lopen ☐ Ja ☐ Nee
- Kortademigheid liggen ☐ Ja ☐ Nee
- Zwelling van voeten/enkels/handen ☐ Ja ☐ Nee
- Spataderen ☐ Ja ☐ Nee

**ADEMHALING**

- Chronische hoest ☐ Ja ☐ Nee
- Bloed ophoesten ☐ Ja ☐ Nee
- Kortademigheid ☐ Ja ☐ Nee
- Astma of piepende ademhaling ☐ Ja ☐ Nee

**SPIERKETAAL**

- Gewrichtspijn/stijfheid/zwelling ☐ Ja ☐ Nee
- Zwakke in spieren/gewrichten ☐ Ja ☐ Nee
- Spierspieren of krampen ☐ Ja ☐ Nee
- Koude ledematen ☐ Ja ☐ Nee
- Moeilijkheden met lopen ☐ Ja ☐ Nee

**GASTRO-INTESTINAAL**

- Verlies van eetlust ☐ Ja ☐ Nee
- Verandering in de stoelgang ☐ Ja ☐ Nee
- Pijnlijke stoelgang ☐ Ja ☐ Nee
- Constipatie ☐ Ja ☐ Nee
- Rectale bloeding/bloed in de ontlasting ☐ Ja ☐ Nee
- Buikpijn/brandend maagzuur ☐ Ja ☐ Nee
- Maagzweer ☐ Ja ☐ Nee
- Kan de ontlasting niet tegenhouden ☐ Ja ☐ Nee
- Darmkanker ☐ Ja ☐ Nee
- Poliepen ☐ Ja ☐ Nee
- Misselijkheid of braken ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u ooit de volgende onderzoeken gehad:

- Colonoscopie ☐ Ja ☐ Nee
- Barium enima ☐ Ja ☐ Nee
- Flexibele sigmoidoscopie ☐ Ja ☐ Nee

**BLOED EN LYMF**

- Langzaam genezen na snijwonden ☐ Ja ☐ Nee
- Neiging tot bloedingen/blauwe plekken ☐ Ja ☐ Nee
- Bloedarmoede ☐ Ja ☐ Nee
- Bloedpropfen ☐ Ja ☐ Nee
- Transfusie uit het verleden ☐ Ja ☐ Nee
- Vergrote klieren ☐ Ja ☐ Nee

**URINAIRE EN REPRODUCTIEVE**

- Frequent urineren ☐ Ja ☐ Nee
- Brandend/pijnlijk urineren ☐ Ja ☐ Nee
- Bloed in de urine ☐ Ja ☐ Nee
- Kan zich niet inhouden/dribbelen ☐ Ja ☐ Nee
- Nierstenen ☐ Ja ☐ Nee
- Pijn bij mannelijke testikels ☐ Ja ☐ Nee
- Vrouwenpijn tijdens menstruatie ☐ Ja ☐ Nee
- Vrouw-onregelmatige menstruatie ☐ Ja ☐ Nee
- Vrouwelijke vaginale afscheiding ☐ Ja ☐ Nee
- Borstvoeding voor vrouwen ☐ Ja ☐ Nee
- Vrouwelijke hysterectomie ☐ Ja ☐ Nee
- Vrouwelijke eierstokken verwijderd ☐ Ja ☐ Nee
- Vrouwen-geboortebepaling ☐ Ja ☐ Nee
- Beginperiode op vrouwelijke leeftijd

**Urine/reproductief, vervolg**

- Vrouw - laatste menstruatie (datum)
- Vrouw-aantal zwangerschappen
- Vrouw-aantal miskramen
- Vrouw - Leeftijd van de eerste zwangerschap
- Vrouw - aantal kinderen
- Vrouw - datum van het laatste uitstrijkje

**HUD EN BORST**

- Uitslag of jeuk ☐ Ja ☐ Nee
- Pijn of pijn in de borsten ☐ Ja ☐ Nee
- Knobbeltje in de borst ☐ Ja ☐ Nee
- Borstafscheiding ☐ Ja ☐ Nee
- Recent mammogram gehad ☐ Ja ☐ Nee
- Elke eerdere borstoperatie ☐ Ja ☐ Nee

**NEUROLOGISCH**

- Frequente hoofdpijn ☐ Ja ☐ Nee
- Licht in het hoofd of duizelig ☐ Ja ☐ Nee
- Convulsies of toevallen ☐ Ja ☐ Nee
- Gevoelloosheid/tintelingen ☐ Ja ☐ Nee
- Tremoren ☐ Ja ☐ Nee
- Verlamming ☐ Ja ☐ Nee
- Hartinfarct ☐ Ja ☐ Nee
- Hoofd wond ☐ Ja ☐ Nee

**ENDOCRIEN**

- Klier-/hormoonprobleem ☐ Ja ☐ Nee
- Schildklier aandoening ☐ Ja ☐ Nee
- Diabetes ☐ Ja ☐ Nee
- Overmatige dorst/plassen ☐ Ja ☐ Nee
- Hitte- of koude-intolerantie ☐ Ja ☐ Nee
- Huid wordt droger ☐ Ja ☐ Nee

**PSYCHIATRISCHE**

- Geheugenverlies/verwarring ☐ Ja ☐ Nee
- Nervositeit ☐ Ja ☐ Nee
- Depressie ☐ Ja ☐ Nee
- Problemen met slapen ☐ Ja ☐ Nee