Translated from English to Dutch - www.onlinedoctranslator.com

## Pionier uitgebreide medische

Datum:	
Dataii.	

## **PATIËNTENREGISTRATIE**

NAAM VAN DE PATIËNT (ACHTERNAAN	И VOORSTE MIDDELSTE INITIAL)		CHRIJVINGEN A ADR	F TE DRUKKEN EN TE ES	VOLTOOIEN		
STAD, STAAT			ZIP	THUISTELE	EFOON		MOBIELE TELEFOON
GEBOORTEDATUM VAN DE PATIËNT	PATIËNT SSN		SEKS -Mannelijk	-Vrouwelijk		BURGERLIJKE STAA -Alleenstaand - Ge	T etrouwd - Anders
NAAM VAN DE WERKGEVERS PATIËNT	ADR	ES VAN DE WERKG	EVERS VAN DE	PATIËNT (STRAAT	ADRES - STA	D - STAAT - POST)	WERKGEVERS TELEFOON
INFORMATIE VERZE	KERDE/VERANTWOORDELIJI	(E PARTIJ	REL	ATIE TOT PA	TIËNT: -	echtgenoot -oi	uder -voogd
NAAM (EERSTE LAATSTE M	IIDDEN INITIAL)	AD	RES (indien v	erschillend van p	atiënt)	_	-
THUISTELEFOON	WERKTELEFOON		SN		GEBOORTE	DATUM WE	RKGEVER
NAAM VAN DE PRIMAIRE VERZEKEF	RING			SINFORMATIE TAAT - POST)		TELE	EFOON
GROEPNUMMER	ID NUMMER	WE	RKGEVER			WER	KGEVERS TELEFOON
SECUNDAIRE VERZEKERINGSN	NAAM	ADRES (STRA	TRAAT - STAD - STAAT - POST)		TELE	TELEFOON	
GROEPNUMMER	ID NUMMER	WE	RKGEVER			WER	KGEVERS TELEFOON
PRIMAIRE ARTS/FAMILIE AF	RTS	•		VERWIJZE	NDE ARTS		
IN GEVAL VAN NOODGEVALLEN	CONTACT			RELATIE		Т	ELEFOONNUMMER
=	OPDRACHT EN VRIJGAVE:Ik geef hierbij toestemming dat mijn verzekeringsuitkeringen rechtstreeks aan de arts worden betaald en dat ik financieel verantwoordelijk						
mijn rekening naar een incas HANDTEKENING (Patiënt of, indien	sobureau wordt gestuurd,	ga ik ermee ak		_		-	laim en alle toekomstige claims. Als
Toestemming om gezondheidsi	nformatie vrij te geven aan:						
Naam (namen)			ADR	ES			
STAD, STAAT			ZIP	THUISTELE	EFOON		TELEFOON OVERDAG
DATA VAN DIENST	A VAN DIENST  DE TOESTEMMING VERLOOPT (TENZIJ ANDERS AANGEGEVEN, BLIJFT DEZE TOESTEMMING EEN JAAR VANAF DE ONDERTEKENINGSDATUM VAN KRACHT)						
VAN:     NAAR:     -NOOIT DATUM:       Geef de volgende informatie vrij:     -NOOIT DATUM:							
-Alle records	-Grafieknotities		Radiologiera	pporten	-Oper	atierapporten	-Geschiedenis en natuurkunde
VRIJGEVEN VAN INFORMA	ATIE						
Ik begrijp dat:  ■ één keer "deze faciliteit" op mijn verzoek mijn gezondheidsinformatie vrijgeeft, kan het niet garanderen dat de ontvanger mijn gezondheidsinformatie niet opnieuw aan een derde zal vrijgeven. Het is mogelijk dat de derde partij niet verplicht is zich te houden aan deze Autorisatie of de toepasselijke federale en staatswetten die het gebruik en de openbaarmaking van mijn gezondheidsinformatie regelen.							
• Ik kan op elk moment schriftelijk een verzoek indienen om inzage en/of een kopie te verkrijgen van mijn gezondheidsinformatie die in deze instelling wordt bewaard, zoals bepaald in de Federal Privacy Rule 45 CFR (164.524).							
<ul><li>mijn gegevens zijn beschermd e</li><li>deze machtiging blijft één j</li></ul>	· · · · ·		•	-	naar de afde	ling Medische Dossie	ers.
HANDTEKENING VAN PATIËNT OF V	WETTELIJK VERTEGENWOORDIGE	ER .		DATUM			E-MAIL
INDIEN ONDERTEKEND DOOR WET	TELIJKE VERTEGENWOORDIGER:	RELATIE MET PATIË	NT	HANDTEKENING	G VAN GETUIO	GENIS (Optioneel):	

## Pionier uitgebreide medische

Datum:
--------

## MEDISCHE GESCHIEDENIS VAN DE PATIËNT

NAAM VAN DE PATIËNT (ACHTERNAAM VOORSTE MIDDELSTE INITIAL)								
* * * Voorkeursapotheek:								
allergieën								
3	akband	-Anesthesie		-Aspirine		-Codeïne		
•	dium/Schelpdieren/Contrastkleurstof	<b>-</b> Latex	<b>-</b> Morfine		<b>-</b> Penicilline			
-Sulfamedicijnen	arwe							
ANDER:								
FAMILIEGESCHIEDENIS- Geef aan o			doeningen heeft					
	MOED	MOEDER		VADER		ROER OF ZUS(Broer zus)		
Anesthesieproblemen								
Artritis								
Kanker								
Diabetes								
Hart problemen								
Hypertensie								
Hartinfarct								
Schildklierstoornis								
SOCIALE GESCHIEDENIS								
Burgerlijke staat:-Alleenstaand	d - Getrouwd - Gescheiden							
Bezigheid:				ehandicapt (reden		)		
- <b>Ja</b> - <b>Nee</b> - <b>D</b> rink je alcoh		•		lerstellend alcoholis	t			
- <b>Ja</b> - <b>Nee -</b> Gebruik je tak	oak? -Rook (	_ pakjes per da	g)	-Kauwen				
Chirurgische geschiedenis:Verm	neld eventueleziekenhuisopn	ames ,operaties ,b	reuken ofer	nstige ziekten je hebt ge	had.			
TYPE CHIRUR		JAAR of DA		ARTS		PLAATS		
		-						
Medische geschiedenis:Heb jijooit	een van de volgende zaken ge	had?						
-GEEN van de genoemde problemen	-pijn op de borst		-hyperlipide	emie	-orgaan letsel			
-allergieën	<ul> <li>CHF congestief hartfa</li> </ul>	ilen	-hypertensi	e	-osteoporose			
-Bloedarmoede	-chronisch vermoeidheidssy	ndroom	-hypogonadisr	ne mannelijk	-longemb	olie/bloedstolsel in de benen		
-artritis aandoeningen	-depressie		-hypothyre		-convulsies			
-astma	-suikerziekte		infectie problemen		<b>-</b> kortademigheid			
-arteriële fibrillatie	-drugs-/alcoholmisbruik		-slapeloosheid		-sinusaandoeningen			
-bloedingsproblemen	-erectiestoornissen		•	prikkelbaredarmsyndroom		-hartinfarct		
-BPH -CAD coronaire hartziekte	<b>-</b> fibromyalgie <b>-</b> Gerd		-nierproblemen -menopauze		-syndroom X -trillingen			
-kanker	-hartziekte		-migraine/h		-tarwe allergie			
-hartstilstand	-hoge cholesterol		-neuropath		tal we aller gie			
-coeliakie	-hyperinsulinemie	·						
Medicijnen:Vermeld de med		el gebruikt (ver	meld zelfz	orgmedicijnen):				
GELIEVE LEESBAAR AF TE DRUKKEN - GE MEDICATIE	EN CURSIEF AUB	DOSE	DINC		OVED7	ICHTENDE ARTS		
MEDICATIL		DOSE	DVIIX		OVLINZ	ICITIENDE AIXIS		