

Patiënt informatie							
Voornaam			Achternaam			MI	Geboortedatum
Adres			Stad			Staat	Ritssluiting
Controleer Primair telefoon	Thuis telefoon		<input type="checkbox"/>	Werk telefoon		<input type="checkbox"/>	Mobiele telefoon <input type="checkbox"/>
Andere namen gebruikt				E-mailadres			
Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN		Voorkeurstaal			Rijbewijs	
Burgerlijke staat <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe <input type="checkbox"/> Levenspartner	Voorkeurscontactpersoon <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Thuis telefoon <input type="checkbox"/> Dag telefoon <input type="checkbox"/> Mobiele telefoon <input type="checkbox"/> Patiëntenportaal (Mijngrafiek)		Etniciteit <input type="checkbox"/> Cambodjaans <input type="checkbox"/> Filipijns <input type="checkbox"/> Spaans/Latijns <input type="checkbox"/> Niet-Spaans		Race <input type="checkbox"/> Amerikaanse Indianen of Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Zwart of Afro-Amerikaans <input type="checkbox"/> Inheems Hawaïaans/Andere Pacifische <input type="checkbox"/> eilandbewoner Wit <input type="checkbox"/> Ander		
Primaire zorgverlener					Verwijzende aanbieder		
Verantwoordelijke partij (garant)						Hetzelfde als patiënt	
Voornaam			Achternaam			MI	Geboortedatum
Adres			Stad			Staat	Ritssluiting
Controleer Primair Telefoon	Thuis telefoon		<input type="checkbox"/>	Werk telefoon		<input type="checkbox"/>	Mobiele telefoon <input type="checkbox"/>
SSN		Relatie tot de patiënt		Voorkeurstaal		Rijbewijs	
Contact voor noodgevallen (voor minderjarige kinderen kan dit gedeelte worden gebruikt voor andere ouders)							
Voornaam			Achternaam			MI	Geboortedatum
Adres			Stad			Staat	Ritssluiting
Controleer Primair Telefoon	Thuis telefoon		<input type="checkbox"/>	Werk telefoon		<input type="checkbox"/>	Mobiele telefoon <input type="checkbox"/>
<p>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.</p>							
Handtekening van de patiënt/verantwoordelijke partij				Datum			
Naam van de patiënt/verantwoordelijke partij (afdrukken a.u.b.)				Relatie tot de patiënt			

Chirurgische geschiedenis – Controleer of u de volgende procedures heeft ondergaan en of u het jaar heeft uitgevoerd.							
Chirurgische procedure	Jaar	Chirurgische procedures	Jaar				
<input type="checkbox"/> Geen		Alleen mannen					
<input type="checkbox"/> Angioplastie		<input type="checkbox"/> Prostaatbiopsie					
<input type="checkbox"/> Angioplastiek met stent		<input type="checkbox"/> TURP					
<input type="checkbox"/> Appendectomie		(Trans-urethrale resectie van de prostaat)					
<input type="checkbox"/> Artroscopie knie		<input type="checkbox"/> Vasectomie					
<input type="checkbox"/> Rug operatie		<input type="checkbox"/> Ander					
<input type="checkbox"/> CABG (hartbypass)		<input type="checkbox"/> Ander					
<input type="checkbox"/> Vrijlating van de carpal tunnel							
<input type="checkbox"/> Cataract-extractie		Alleen vrouwen					
<input type="checkbox"/> Cholecystectomie		<input type="checkbox"/> Augmentatie Mammoplastie					
<input type="checkbox"/> Colectomie		<input type="checkbox"/> Bilaterale tubaligatie					
<input type="checkbox"/> Colostomie		<input type="checkbox"/> Borstbiopsie					
<input type="checkbox"/> Maag-bypass		<input type="checkbox"/> Keizersnede					
<input type="checkbox"/> Hernia-reparatie		<input type="checkbox"/> D en C					
<input type="checkbox"/> Heup vervanging		<input type="checkbox"/> Hysterectomie					
<input type="checkbox"/> Knievervanging		<input type="checkbox"/> Borstamputatie					
<input type="checkbox"/> LASIK		<input type="checkbox"/> Myomectomie					
<input type="checkbox"/> Leverbiopsie		<input type="checkbox"/> Reductie Mammoplastie					
<input type="checkbox"/> Pacemaker		<input type="checkbox"/> TAH/BSO					
<input type="checkbox"/> Resectie van de dunne darm		<input type="checkbox"/> Vaginale hysterectomie					
<input type="checkbox"/> Thyroïdectomie		<input type="checkbox"/> Ander					
<input type="checkbox"/> Tonsillectomie		<input type="checkbox"/> Ander					
Gezondheidsonderhoud – Controleer of u het volgende heeft ontvangen, en de datum van het meest recente examen.							
Examen	Datum	Examen	Datum				
<input type="checkbox"/> Geen		<input type="checkbox"/> GYN-examen					
<input type="checkbox"/> Borstonderzoek		<input type="checkbox"/> Griep prik					
<input type="checkbox"/> Cardiale stresstest		<input type="checkbox"/> Lipide-paneel					
<input type="checkbox"/> Colonoscopie		<input type="checkbox"/> Mammogram					
<input type="checkbox"/> DEXA-scan		<input type="checkbox"/> Pap test					
<input type="checkbox"/> Echocardiogram		<input type="checkbox"/> Fysiek examen					
<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> Pneumokokkenvaccin					
<input type="checkbox"/> Oogexamen		<input type="checkbox"/> Longfunctietest					
<input type="checkbox"/> FOBT (ontlastingskaart voor verborgen bloed)		<input type="checkbox"/> Sigmoidoscopie					
<input type="checkbox"/> Voet examen		<input type="checkbox"/> Tetanusvaccin					
Familiengeschiedenis – Controleer of een of meerdere gezinsleden een van de volgende aandoeningen heeft gehad.							
<input type="checkbox"/> Geadopteerd							
Diagnose	Moeder	Vader	Broer	Zus	Ander	Ander	Ander
Alcoholisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekte van Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD (hartaanval)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker – Soort:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA (beroerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontwikkelingsachterstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiegeschiedenis – vervolg							
Diagnose	Moeder	Vader	Broer	Zus	Ander	Ander	Ander
Eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehoortekort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidemie (hoog cholesterol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensie (hoge bloeddruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikkelbare darmziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leerstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geestelijke ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociale geschiedenis voor volwassen patiënten							
Bezigheid				Werkgever			
Heeft u kinderen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		Hoeveel?		Vrouwte(s)		Mannetje(s)	
Tabak gebruik	<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Minder <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Voormalig/jaarlijks stoppen:			<input type="checkbox"/> Kauwen <input type="checkbox"/> Pijp <input type="checkbox"/> Sigaar <input type="checkbox"/> Sigaret <input type="checkbox"/> Rookloos merk:			
Alcoholgebruik	<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Minder <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Voormalig/jaarlijks stoppen:			<input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wijn <input type="checkbox"/> Likeur <input type="checkbox"/> Ander:			
Oefening activiteit	<input type="checkbox"/> Gematigd <input type="checkbox"/> Krachtig <input type="checkbox"/> Gevestigd Dagen/week:			Slaap patroon: <input type="checkbox"/> Veranderingen <input type="checkbox"/> Geen veranderingen			
Cafeïnegebruik	<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Minder <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Voormalig/jaarlijks stoppen:			<input type="checkbox"/> Chocolade <input type="checkbox"/> Koffie <input type="checkbox"/> Frisdrank <input type="checkbox"/> Thee <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Ander:			
Voor pediatrische patiënten							
Patiënt woont met:	Primair	<input type="checkbox"/> Moeder	<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/> Beide ouders	<input type="checkbox"/> Ander:		
	Ondergeschikt	<input type="checkbox"/> Moeder	<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/> Ander:			
Beroep van moeder				Vaders beroep			
Ouders relatie				Kinderopvang			
<input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe				<input type="checkbox"/> Moeder <input type="checkbox"/> Grootouder <input type="checkbox"/> Vader <input type="checkbox"/> Oppas <input type="checkbox"/> Broer of zus <input type="checkbox"/> Kinderdagverblijf			
Blootstelling aan tabak: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Rokers thuis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee				Patiënt is huidige roker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			