



**Dr C.L. de Visser
A. van Schothorst
A.M. Heerink
E.A. Bollebakker /
A. van Ee**

Gezondheid en ziekten:

Naam + Geboortedatum: _____ (m/v)

BSN: _____ gehuwd, ongehuwd, gescheiden, weduw/weduwnaar

Telefoonnummer: _____ **tel.nr werk:** _____

Bent u bekend met de volgende aandoeningen?:

- Suikerziekte
- Hoge bloeddruk
- Hart en vaatziekten
- Longziekten
- Schildklierziekte
- Depressie of angststoornis
- Maag, darm of leverziekte
- Gewrichtsklachten
- overig: _____

Indien u vrouw bent:

- Zwangerschapssuikerziekte
- Hoge bloeddruk tijdens zwangerschap

Huisartsenpraktijk
Het DOK
Vlechttuinen 1-G
8322 BA URK
T 0527-247024
F 0527-690453

Bent u onder behandeling van een specialist?

- Nee
- Ja: vult u a.u.b. in specialisme, naam en ziekenhuis.
- 1. _____
- 2. _____

Bent u ooit geopereerd of heeft u een ongeluk gehad?

- Nee
- Ja, vult a.u.b. in wanneer en wat:
- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Bent u ergens allergisch voor?

- Nee
- Medicijnen
- Jodium
- Anders: _____

Kreeg u het afgelopen jaar een grieprik?

- Nee
- Ja, vanwege: _____

Rookt u?

- Nee
- Niet meer, ik ben ___ jaar geleden gestopt
- Ja, ___ sigaretten per dag

Drinkt u alcohol?

- Nee
- Ja, ___ glazen per dag/week

Komen er ziektes in uw familie voor?

- Nee
- Suikerziekte
- Hoge bloeddruk en/of hoog cholesterol
- Hart en vaatziekten
- kanker
- Glaucoom (verhoogde oogdruk)

Slikt u medicijnen?

- Nee
- Ja: 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Indien u vrouw bent:

Bent u zwanger?:

- Nee Ja, Laatste menstruatie: _____ Uitgerekende datum _____

Heeft u kinderen?

- Nee Ja, _____ kind(eren)