

Intoxicaties en allergieën:

Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per dag ? _____

Rookt u ? Zo ja, hoeveel per dag ? _____

Cafeïnehoudende dranken ? Zo ja, hoeveel per dag ? _____

Gebruikt u drugs ? Zo ja, wat voor soort en hoe vaak ? _____

Bent u overgevoelig voor - pleisters ja nee

- jodium ja nee

Bent u overgevoelig voor medicijnen ? Zo ja, welke ?

Medische vragen m.b.t. familie:

Komen er in de familie de volgende ziekten voor:

Hart- en vaatziekten (b.v. hartinfarct) ? ja nee

Hersenbloedingen, TIA's of beroerten ja nee

Hoge bloeddruk ? ja nee

Epilepsie ? ja nee

Spierziekten ? ja nee

Suikerziekte (diabetes) ? ja nee

Schildklierandoeningen ? ja nee

Kanker ? ja nee

Zo ja, welk soort(en) ?

Andere, niet genoemde aandoeningen ? ja nee

Zo ja, welke ?

Overige vragen:

Wat is uw lengte _____ cm; en uw gewicht _____ kg ?

Samenwonend (gehuwd) of alleenstaand _____

Heeft u kinderen ? Zo ja, hoe oud en wonen zij nog thuis ? _____

Wat is uw (hoogst genoten) opleiding en uw beroep ?

Gebruikt u hulpmiddelen (b.v. stok, rollator e.d.) ? Zo ja, welk hulpmiddel ?

Heeft u een rijbewijs ? ja nee

Handtekening patiënt:

Datum: / / 202