



Medische Anamnese

Patiëntnummer	:	
Naam patiënt	:	
Geboorte datum	:	

Vriendelijk verzoeken wij u onderstaande vragen volledig in te vullen.		
Algemene gezondheid	:	
Ziekenhuis bezoek	:	
Handicap	:	
Is er sprake van een zwangerschap ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Medicijnen	:	
Ongevallen	:	
Erfelijke ziekte	:	
Luchtweg aandoening	:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, welke aandoening?
Keelamandelen / neusamandelen	:	<input type="checkbox"/> Keelamandelen aanwezig <input type="checkbox"/> Heeft geen keelamandelen meer <input type="checkbox"/> Neusamandelen aanwezig <input type="checkbox"/> Heeft geen neusamandelen meer
Ademhaling	:	<input type="checkbox"/> Door mond <input type="checkbox"/> Door neus <input type="checkbox"/> Door mond en neus
Allergisch voor latex	:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Allergisch voor nikkel	:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Overige allergieën	:	
Antibiotica Profylaxe	:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Zo ja, welke?
Lichamelijke ontwikkeling	:	
Geestelijke ontwikkeling	:	
Opmerkingen		

Mocht er iets aan uw gezondheid veranderen bijvoorbeeld: medicatie gebruik of een allergie, meldt dit dan zo spoedig mogelijk!

Naar waarheid ingevuld dd. ____ - ____ - 20____ te _____

Handtekening patiënt of ouder
