

Medische vragenlijst

Algemene gegevens patiënt

Achternaam:

Voornaam en voorletter:

Straat/huisnummer:

Postcode/woonplaats:

Geboortedatum:

Geslacht:

Telefoonnummer/ mobiele nummer:

E-mailadres:

Beroep:

Naam huisarts/ plaats huisarts:

Apotheek:

Heeft u problemen met uw geheugen?	“ nee ” ja
Heeft u in de afgelopen 24 uur extra hulp nodig gehad bij zelfzorg?	“ nee ” ja
Zijn er bij eerdere ziekte/ opname perioden geweest dat u in de war was?	“ nee ” ja
Hart- en/of circulatiestoornis	“ nee ” ja
Pacemaker	“ nee ” ja
Bloedstolling stoornis	“ nee ” ja
Verhoogde bloeddruk	“ nee ” ja
Infectieuze ziekten (bijv. HIV?)	“ nee ” ja
Long- en/of luchtwegfunctiestoornis	“ nee ” ja
Leverfunctiestoornis	“ nee ” ja
Nierfunctiestoornis	“ nee ” ja
Andere ziektes/operaties	“ nee ” ja

Zo ja, graag toelichten:

Huidkliniek Wang-MC Regentesse

Zwangerschap/wens " nee " ja

Bent u bekend als drager van een resistente bacterie, bijvoorbeeld MRSA of BRMO? " nee " ja

Komt u van een afdeling uit een Nederlandse zorginstelling BRMO-uitbraak heerst? " nee " ja

Hebt u beroepsmatig contact OF woont u op een bedrijf met levende varkens, vleeskalveren of vleespluimvee? " nee " ja

Bent u huisgenoot en/of verzorger van een MRSA positieve patiënt? " nee " ja

Verbleef u in de afgelopen twee maanden in een buitenlandse zorginstelling?
Zo ja, is één van de volgende criteria op u van toepassing? " nee " ja

- >24 uur opname
- Geopereerd/invasieve ingreep
- Chronische infectie of persisterende huidlaesies
- Mogelijk infectiebronnen zoals abscessen/furunkels tijdens uw opname

Is de patiënt een adoptiekind uit het buitenland, die in Nederland woont? " nee " ja

Bent u woonachtig of bent u de afgelopen twee maanden woonachtig geweest in een instelling voor asielzoekers? " nee " ja

Hoe is uw wondgenezing? " goed " slecht

Rookt u? " nee " ja

Drinkt u? " nee " ja
Ja: hoeveel eenheden per week:.....glazen

Medicijngebruik " nee " ja

Naam medicijn(en)

Allergieën

Huiddesinfectans (bijv. Jodium) " nee " ja

Medicijnen (bijv. verdovingsmiddelen) " nee " ja

Andere allergie " nee " ja

Heeft u bezwaar tegen het sturen van uw medische informatie naar de huisarts/ specialist(en) " nee " ja

Datum:

Handtekening