



Dienst Gynecologie / Verloskunde

Identificatie patiënt

Uw arts heeft kennis van uw medische achtergrond nodig als onderdeel van uw behandeling. Uw gegevens zullen in het dossier worden bewaard. Graag alles ZO VOLLEDIG MOGELIJK in vullen.

Wat is uw **gewicht** (Kg)? en **lengte**?

Lijdt u aan een van volgende ziekten?

Hoge bloeddruk ja / neen

Suikerziekte ja / neen

Hart – en vaataandoeningen ja / neen

Zo ja, welke?.....

Stollingsziekten ja / neen

Zo ja, welke?.....

Maag / darmziekte ja / neen

Zo ja,welke?.....

Ziekte van de gewrichten / spieren ja / neen

Zo ja, welke?.....

Ziekte van het zenuwstelsel ja / neen

Zo ja, welke?.....

Schildklierandoening ja / neen

Zo ja, welke?.....

Andere ziekten? ja / neen

Zo, ja welke?

Gynecologische aandoeningen ja / neen

Zo ja, welke?.....

.....

.....

.....

Hoeveel kinderen heeft u?

Hoe bent u bevallen? x vaginaal / x keizersnede

Had u medische problemen tijdens de zwangerschap? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

Bent u allergisch aan bepaalde stoffen / medicatie / kleefpleisters / latex? Zo ja, welke?

.....

.....

Rookt u? ja / neen

Zo ja, hoeveel?

Neemt u medicijnen ? ja / neen

