

Medische vragenlijst

Jonger dan 16 jaar

Datum _____

Naam _____

Geboortedatum _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Naam huisarts _____

Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts:

Handtekening ouder/verzorger: _____

Medisch risico uit de anamnese: _____

Omcircel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden. Voor het verwerken van deze vertrouwelijke gegevens zal er eenmalig administratiekosten in rekening worden gebracht. (C22 - € 4,50)

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd? Ja / Nee

Zo ja, wat? _____

Is uw kind de onder behandeling van een arts of medisch specialist Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Naam en telefoon van arts/specialist: _____

Is uw kind de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Heeft uw kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja / Nee

Zo ja, welke ziekte? _____

Is uw kind ergens allergisch voor? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Heeft uw kind een (aangeboren) hartafwijking? Ja / Nee

Is uw kind ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja / Nee

Heeft uw kind last van hyperventileren? Ja / Nee

Heeft uw kind last van epilepsie, vallende ziekte? Ja / Nee

Heeft uw kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee

Zo ja, is uw kind daarbij benauwd en/of kortademig? Ja / Nee

Heeft uw kind suikerziekte? Ja / Nee

Zo ja, gebruikt hij/zij insuline? Ja / Nee

Heeft uw kind bloedarmoede? Ja / Nee

Heeft uw kind wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? _____ Ja / Nee

Heeft uw kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte gehad? Ja / Nee

Heeft uw kind een nierziekte? Ja / Nee

Heeft uw kind problemen met de voeding en/of maagdarmklachten? Ja / Nee

Heeft uw kind een aandoening van de schildklier? Ja / Nee

Heeft uw kind een spieraandoening? Ja / Nee

Heeft uw kind momenteel een besmettelijke ziekte? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind?

Is uw kind vaak angstig? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Heeft uw kind een handicap? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

Volgt uw kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

Heeft uw kind ooit onder narcose moeten ondergaan? _____

Zo ja, ging dat zonder problemen? Ja / Nee

Heeft uw kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

Gebruikt uw kind momenteel medicijnen? Ja / Nee

Zo ja, vermeld hier welke medicijnen uw kind gebruikt: _____

Opmerkingen: _____

Naam van de ouder/verzorger die deze vragenlijst ingevuld heeft: _____

Datum: _____

Handtekening: _____