GESONDHEIDSVRAELYS

VAN: _____

VOLLE NAME: _____

NOEMNAAM: _____

AFHANKLIKHEIDSKODE: _____

GEBOORTEDATUM: _____

TEL. NR: _____

ALGEMENE GESONDHEID

GOED ☐ REDELIK ☐ SWAK ☐

Word u tans deur 'n spesialis behandel? JA ☐ NEE ☐

Indien Ja, verskaf besonderhede:

_____

_____

Merk toepaslike blokkies met 'n X

Gewigsverlies		Infeksies	
Sinusprobleme		Niersiektes	
Diabetes		Gloukoom	
Porfirie		Epilepsie	
Beroerte		Artritis	
Sielkundige Behandeling			

LEWERSIEKTES

Hepatitis / Geelsug ☐ Jaartal: _____

HART TOESTANDE

Aangebore Hartletsels	
Rumatiekkoors	
Klep-prostese	
Hartgeruis	
Kardiale Pasaangeër	

Jaartal: _____

VASKULÊRE TOESTANDE

Hoë Bloeddruk	
Lae Bloeddruk	
Bloedingsneiging	
Bloedstollingsafwyking	

LONGTOESTANDE

Asma	
Tering	

HIV/VIGS

Hoë risikogroep? JA ☐ NEE ☐

Het u enige siekte, toestand of probleem wat nie hierbo genoem is nie, waarvan u dink ons moet kennis dra? JA ☐ NEE ☐

Verskaf besonderhede:

_____

_____

MEDIKASIE

Merk toepaslike blokkies met 'n X

		Naam:
Anti-depressante		
Kalmeermiddels		
Kortisoon		
Bloedverdunners		

Behalwe die bogenoemde, gebruik u enige ander medikasie? JA ☐ NEE ☐

Indien Ja, noem dit asb:

_____

_____

ALLERGIEË

Meld asb:

_____

_____

VROULIKE PASIËNTE

Is u swanger? JA ☐ NEE ☐ _____ Aantal Weke

Gebruik u die pil? JA ☐ NEE ☐

Hiermee verklaar ek dat al die bogenoemde waar en korrek is:

_____

Handtekening

_____

Datum