

Patiëntensticker

Zonder **VERWIJSBRIEF** wordt er geen behandeling uitgevoerd.

Gebruikt u medicatie? Neem dan het **MEDICATIEOVERZICHT** mee van uw apotheek. Deze mag niet ouder zijn dan 2 weken.

Gelieve **15 MINUTEN** van te voren aanwezig te zijn voor het aanmelden en eventuele röntgenfoto.

Gelieve deze vragenlijst **DUBBELZIJDIG** te beantwoorden en deze lijst mee te nemen naar uw eerstvolgende afspraak.

- Hebt uw een medische aandoening of ziekte? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

- Gebruikt u medicijnen of bloedverdunners? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

- Bent u allergisch voor medicatie, antibiotica of latex? Ja / Nee

Zo ja, welke ? _____

- Rookt u? Hoeveel? _____ Ja / Nee

- Bent u ooit geopereerd? Ja / Nee

Zo ja, waaraan? _____

- Hebt u een besmettelijke ziekte zoals Hepatitis B / HIV / anders? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

- Hebt u een bloedingsstoornis? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

- Zijn er bij u door een arts aangezichtspijnen of neuropathische pijnen vastgesteld? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

- Bent u ooit bestraald met radiotherapie? Ja / Nee

- Bent u zwanger? Ja / Nee

- Geeft u borstvoeding? Ja / Nee

BRMO/MRSA

BRMO staat voor Resistente Micro-Organismen. Alle bacteriën die niet meer reageren op de meest gebruikte antibiotica noemen we BRMO. De bekendste BRMO is de MRSA, beter bekend als de ziekenhuisbacterie. Deze kan een ernstig risico vormen voor mensen met verminderde weerstand. Mensen kunnen deze bacterie bij zich dragen zonder zelf ziek te zijn, maar zo wel anderen besmetten.

- Hebt u, uw naaste familie of partner BRMO of de MRSA-bacterie? Ja / Nee
- Werkt of woont u op een bedrijf waar grootschalig levend vee wordt gehouden? Ja / Nee
- Bent u in de afgelopen 2 maanden in een Nederlands ziekenhuis behandeld? Ja / Nee
- Bent u de afgelopen 2 maanden woonachtig geweest in een asielzoekerscentrum? Ja / Nee
- Bent u het afgelopen jaar in een buitenlands ziekenhuis behandeld? Ja / Nee

Hierbij verklaar ik beide zijden van deze medische vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening:

Datum:

Hierbij geef ik toestemming aan Haaglanden Clinics mijn medische en tandheelkundige gegevens inclusief eventuele röntgenfoto's aan tandarts/huisarts/specialist te verstrekken per email of post.

Handtekening:

Datum:

Wilt u **OORBELLEN**, **HALSKETTING**, en/of **PIERCINGS** in het hoofd-hals gebied thuis afdoen. Dit is ten behoeve van eventuele röntgenfoto's.

Bij eventuele vragen of voor contact:

Haaglanden Clinics

Nieuwe Parklaan 11,2597 LA Den Haag

Tel: 070 - 221 21 21

email: info@haaglandenclinics.nl

www.haaglandenclinics.nl