Anamnese (nieuwe) patiënten

BETUWE OOGKLINIEK EN INSTITUUT OOG & ZORG

Naam:	Email:
Adres:	Huisarts:
Postcode:	Locatie huisarts:
Woonplaats:	Laatste oogonderzoek:
Telefoon nr:	Laatste opticien:
Geb. datum:	Hoe heeft u ons gevonden:
BSN. nr:	Beroep:

MEDISCHE HISTORIE

Heeft u diabetes (suikerziekte)?
□ Nee □ Ja, ik gebruik hiervoor □ Tabletten
□ Insuline

Gebruikt u bloed verdunnende medicijnen?
□ Nee □ Ja, namelijk: □ Ascal, aspirine, acetylsalicylzuur of plavix
□ Via de trombosedienst

Gebruikt u andere medicijnen?
□ Nee □ Ja, ik gebruik:
Naam medicijn: Dosering:
…… ……..
…… ……..
…… ……..

Heeft u chirurgische ingrepen/ ziekenhuisopnames gehad?
□ Nee □ Ja, voor: Wanneer:
…… ……..

Heeft u een allergie of overgevoeligheid?
□ Nee □ Ja, namelijk voor: □ Antibiotica
□ Jodium
□ Anders: ……..

Bent u zwanger op dit moment?
□ Nee □ Ja

Heeft u één van onderstaande aandoeningen gehad?

Scheelzien	□ Ja	□ Nee	Netvliesaandoeningen	□ Ja	□ Nee
Lui oog	□ Ja	□ Nee	Staar	□ Ja	□ Nee
Hangend ooglid	□ Ja	□ Nee	Ooginfectie	□ Ja	□ Nee
Uitpuilend ooglid	□ Ja	□ Nee	Verwonding aan het oog	□ Ja	□ Nee
Glaucoom	□ Ja	□ Nee			

Heeft u een van onderstaande problemen:

Maag/darm	□ Ja	□ Nee	Hart/bloedvaten	□ Ja	□ Nee
Oor/neus/keel	□ Ja	□ Nee	Bot/skelet	□ Ja	□ Nee
Hoofdpijn/migraine	□ Ja	□ Nee	Schildklier	□ Ja	□ Nee
Huid	□ Ja	□ Nee	Longen	□ Ja	□ Nee
Geestelijk	□ Ja	□ Nee	Bloed/lymfen	□ Ja	□ Nee
Zenuwstelsel	□ Ja	□ Nee	Urinewegen/geslachtsorganen	□ Ja	□ Nee
Immuunsysteem	□ Ja	□ Nee	Osteoperose	□ Ja	□ Nee

FAMILIE HISTORIE

Komen onderstaande aandoeningen in uw familie voor?

Blindheid	□ Ja	□ Nee	Hartziekten	□ Ja	□ Nee
Staar	□ Ja	□ Nee	Hoge bloeddruk	□ Ja	□ Nee
Scheel zien	□ Ja	□ Nee	Nierziekten	□ Ja	□ Nee
Glaucoom	□ Ja	□ Nee	Hondsdolheid	□ Ja	□ Nee
Macula Degeneratie	□ Ja	□ Nee	Thyroid Disease (schildklier)	□ Ja	□ Nee
Netvliesaandoeningen	□ Ja	□ Nee	Anders	□ Ja	□ Nee
Artritis	□ Ja	□ Nee	……..		
Kanker	□ Ja	□ Nee	……..		
Diabetes	□ Ja	□ Nee	……..		

MEER INFORMATIE

Draagt u momenteel een bril?

□ Nee □ Ja, hoe oud is deze

……..

Draagt u momenteel contactlenzen?

□ Nee □ Ja, zijn deze □ hard

□ zacht

Hoe oud zijn deze?

……

Zitten ze comfortabel?

□ Ja □ Nee

Rookt u?	□ Ja	□ Nee	Hoeveel: ……..
Drinkt u?	□ Ja	□ Nee	Hoeveel: ……..
Bent u besmet geweest met:			Opmerking
Gonnoroe	□ Ja	□ Nee	……..
Hepatitis	□ Ja	□ Nee	……..
HIV	□ Ja	□ Nee	……..
Syfilis	□ Ja	□ Nee	……..

Opmerkingen en/of aanvullingen:

……
……
……
……
……

Graag het formulier controleren en signeren. En hierbij geef ik toestemming om contact op te nemen met mijn huisarts voor informatie over mijn gezondheid en medicijngebruik

Datum: …… Handtekening: ……..