

ALGEMENE MEDISCHE GESCHIEDENIS

Naam: _____

Voornaam: _____

Heeft u ooit een operatie ondergaan?

Bent u ooit ernstig ziek geweest?

Bent u allergisch voor iets?

Zo ja, geef dit aan in onderstaande lijst (indien mogelijk, het jaartal noteren)

Huid

.....

.....

Ogen

.....

.....

Neus-keel-oor

.....

.....

Hart- en bloedvaten

.....

.....

Luchtwegen

.....

.....

Maag en darmen

.....

.....

zie ook ommezijde →

Spielen en gewrichten

.....

.....

Zenuwen

.....

.....

Geslacht en urinewegen

.....

.....

Bloed

.....

.....

Allergie

.....

.....

Hormonaal / suikerziekte

.....

.....

Andere

.....

.....

Contraceptiemethode

.....