



NIET VERGETEN: op dit lijstje horen ook volgende producten:

- Bloedverdunners (Asaflow®, Plavix®, Marcoumar®, Eliquis®,...)
- Pijnstillers
- Slaapmiddelen
- Insputingen (Insuline, Fraxiparine®, Clexane®, Epipen®...)
- Medicatiepleisters
- Puffers
- Oog- of oordruppels
- Voedingssupplementen, vitaminen, homeopathische producten of geneeskrachtige planten
- Hormonale preparaten (anticonceptiepil, Oestrogel®,...)
- Geneesmiddelen die maar af en toe ingenomen worden: 1x/week of 1x/maand?
- Medicatie die uw apotheker zelf maakt (magistrale bereidingen)
- Antibiotica die u de afgelopen 14 dagen heeft ingenomen?
- Recent gestopte geneesmiddelen mag u ook steeds vermelden, samen met de stopdatum.

ALLERGIE: Heeft u al eens allergisch gereageerd op een geneesmiddel? Zo ja, op welk? Reactie?

Naam geneesmiddel	Welke klachten, welke reactie	Datum laatste reactie

Denk ook aan:

- Penicilline
- Kleefpleisters
- Hooikoorts
- Contraststof
- Latex
- Joodtinctuur

Gelezen en goedgekeurd door:

Handtekening patiënt of gemachtigde:



Gasthuisstraat 1 - 2400 Mol
 Tel.: 014/71 20 00 – Fax.: 014/71 21 00
 info@azmol.be – www.azmol.be



Deze vragenlijst werd opgesteld om uw gezondheidstoestand voor de geplande heelkundige ingreep, het onderzoek, of de behandeling te kennen. Ze maakt deel uit van het preoperatieve onderzoek en is strikt **vertrouwelijk**. Ze dient ingevuld te worden door de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

Bloedgroep: Gewicht: Lengte:

Naam + telefoonnr. contactpersoon:

Allergieën:

1. Operatie, onderzoek of behandeling waarvoor u wordt opgenomen

Datum van operatie, onderzoek of behandeling: / /

Naam operatie, onderzoek of behandeling:

Rechts – links – niet van toepassing

2. Valrisico

Opgenomen oww een val, gevallen in de afgelopen 6 maanden of tijdens hospitalisatie? ja – neen*

Reeds (herhaaldelijk) gevallen? ja – neen*

Agitatie of verwardheid? ja – neen*

Verminderd zicht? ja – neen*

Frequent toiletgebruik en/of urinaire incontinentie? ja – neen*

Gebruik van loophulpmiddelen of ondersteuning nodig? ja – neen*

3. Besmettelijke ziekte

Bent u de afgelopen 6 maanden opgenomen geweest in een buitenlands ziekenhuis? ja – neen*

Zo ja, welk land:

Heeft u na een bezoek aan Saoedi-Arabië, Qatar, Bahrein, Verenigde Arabische Emiraten, Oman of Jemen een acuut respiratoir syndroom of diarree gehad (die ontstond < 14 dagen na dit bezoek)? ja – neen*

Heeft u professioneel contact met kalveren of varkens? ja – neen*

Bent u verwezen uit een andere instelling? ja – neen*

Bent u drager / heeft u een infectie (gehad) met MRSA? ja – neen*

*Omcirkel wat van toepassing is en geef indien mogelijk uitleg



8. Gewoontes

Rookt u?	ja – neen*	Gewone sigaret / elektronisch*	Hoeveel? /dag, gedurende..... jaar
Bent u gestopt met roken?	ja – neen*		Hoelang?..... Jaar
Gebruikt u alcohol?	ja – neen*		Hoeveel? glazen/week
Gebruikt u regelmatig drugs?	ja – neen*		Welke? Frequentie?

Voor gebruikers van drugs kunnen ten gevolge van anesthesie en operatie levensbedreigende situaties ontstaan. Om veilig te kunnen werken moet de anesthesist volledig ingelicht worden over wat u neemt!

9. Lijdt u aan suikerziekte?

ja – neen*

10. Lijdt u aan een besmettelijke ziekte?

ja – neen*

Welke?.....

11. Enkel voor vrouwelijke patiënten

Bent u (mogelijk) zwanger? ja – neen*

Hebt u last van overvloedige menstruatie? ja – neen*

12. Aandoeningen van hals en mond

Breng hiervoor minstens 2 vingers boven elkaar in de mondopening.

Hebt u problemen met het openen van uw mond? ja – neen*

Hebt u een normale beweeglijkheid van hals en nek? ja – neen*

13. Ziekten van longen en ademhalingsstelsel

Hebt u een piepende ademhaling? ja – neen*

Hebt u astma of hooikoorts? ja – neen*

Bent of was u in behandeling voor een longziekte? ja – neen*

14. Ziekten van nieren en urinair stelsel

Bent u nierdialysepatiënt? ja – neen*

Bent u of was u in behandeling voor een nierziekte? ja – neen*

Welke?.....

15. Problemen met de stolling van het bloed

Hebt u gemakkelijk blauwe plekken? ja – neen*

Hebt u al neusbloedingen gehad? ja – neen*

Hebt u last van bloedend tandvlees? ja – neen*

Neemt u medicatie in om het bloed te verdunnen? ja – neen*

Heeft u reeds een bloedtransfusie gekregen? ja – neen*

Heeft u allergisch gereageerd op de bloedtransfusie? ja – neen*

16. Aandoeningen van het bewegingsstelsel

Hebt u soms rugpijn? ja – neen*

Hebt u reuma of artritis? ja – neen*

Hebt u een schouder-, knie- of heupprothese? ja – neen*

*Omcirkel wat van toepassing is en geef indien mogelijk uitleg



17. Ziekten van het spijsverteringsstelsel en lever

- Hebt u last van maagzuur? ja – neen*
- Hebt u last van misselijkheid en braken? ja – neen*
- Hebt u last van reisziekte? ja – neen*
- Hebt u ooit geelzucht gehad? ja – neen*

18. Ziekten van het zenuwstelsel:

- Heeft u last van stuipen of epilepsie? ja – neen*
- Heeft of had u een verlamming? ja – neen*
- Heeft u last van tintelingen of voosheid? ja – neen*
- Waar?
- Hebt u vaak last van hoofdpijn of migraine? ja – neen*
- Had u ooit psychische problemen of depressie? ja – neen*
- Lijdt u aan multiple sclerose (MS)? ja – neen*
- Lijdt u aan myastenia gravis? ja – neen*
- Heeft u of een familielid een cholinesterase-deficiëntie? ja – neen*
- Had u ooit een CVA of TIA? ja – neen*
- Specificeer eventueel restletsel.....

19. Varia:

- Bent u of uw familie gevoelig voor maligne hyperthermie? ja – neen*
- Lijdt u aan de ziekte van Bechterew? ja – neen*
- Had u ooit longembolen? ja – neen*
- Hebt u bezwaar tegen het toedienen van bloedtransfusies of bloedderivaten? ja – neen*

*Omcirkel wat van toepassing is en geef indien mogelijk uitleg



**H. HARTZIEKENHUIS
MOL**

Patiënt-identificatiesticker

(Klever van het ziekenhuis aan te brengen door een ziekenhuismedewerker bij opname)

INFORMED CONSENT

Ondergetekende

Geboortedatum

Ik vul dit formulier in voor

Mijzelf

Mijn minderjarig kind

Andere:

I. Toestemming voor de behandeling/het onderzoek.

Ik bevestig dat ik voldoende informatie heb gekregen over mijn aandoening (of die van mijn kind) en de voorgestelde behandeling. Op basis van die informatie geef ik mijn toestemming voor die voorgestelde behandeling en de daarbij horende onderzoeken. In het geval van een operatie geef ik toestemming voor de ingreep, de voorgestelde wijze van verdoving en het preoperatief nuchter zijn (zie bijkomende uitleg in de 'onthaalbrochure / preoperatieve brochure'). Ik houd me aan de richtlijnen die in dit kader gegeven worden (zie onthaalbrochure / preoperatieve brochure).

Gelezen en goedgekeurd,

Datum,

II. Toestemming voor het delen van informatie.

Ik geef mijn toestemming om met respect voor mijn privacy mijn medisch dossier te delen met andere zorgverleners die mij verzorgen (inclusief de huisarts) en de gegevens te plaatsen in een beveiligd gemeenschappelijk medisch dossier.

Ik ben akkoord dat alle uitslagen van alle onderzoeken met mij besproken worden.

Ik heb zo goed mogelijk alle informatie over mijn gezondheid (medicatie, andere aandoeningen, ...) verstrekt aan mijn arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum,

III. Kosten.

Ik ben voldoende op de hoogte van de kosten van de voorgestelde behandelingen of onderzoeken en houd rekening met een aandeel in die kosten voor eigen rekening ('remgeld'). Er kunnen belangrijke bijkomende kosten zijn in geval ik zelf kies voor een privé kamer of indien de arts of het ziekenhuis mij van bijkomende kosten op de hoogte gesteld heeft (zie hieronder).

Bijkomende kosten kunnen er zijn voor:

.....

Gelezen en goedgekeurd,

Datum,



Gasthuisstraat 1 - 2400 Mol
 Tel.: 014/71 20 00 – Fax.: 014/71 21 00
 info@azmol.be – www.azmol.be



H. HARTZIEKENHUIS
MOL

VRAGEN BIJ OPNAME



A series of horizontal dotted lines for writing questions.