|  |  |
| --- | --- |
| **NAAM** |  |
| **VOORNAAM** |  |
| **DATUM LAATSTE UPDATE** |  |

**MEDISCHE FICHE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOPIE IDENTITEITSKAART** | | | | |
| **VOORKANT** | **ACHTERKANT** | | | |
|  |  | | | |
| **BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS EN GEGEVENS** | | | | |
| **NOODNUMMERS** | **ANDERE** | | | |
| **112** | Ongeval, brand en levensbedreigende situaties  **101** | Politie  **074 450 450** | Antigifcentrum | **Huisarts**: …………………………………………………………...…  **Tel**: ……………………………………………………….  **Behandelend specialist**: ……………………………………...  **Tel**: ……………………………………………………….  **Verpleegkundige**: …………………………………………………  **Tel**: ...........................................................  **Huisapotheker**:…………………………………………….………  **Tel**: ……………………………………………………….. | | | |
| **CONTACTPERSONEN** | | | | |
| **CONTACTPERSOON 1** | **CONTACTPERSOON 2** | | | |
| **Naam: ……………………………………………………………………**  **Tel: ………………………………………………………………………..**  **Relatie: ………………………………………………………………….** | **Naam: …………………………………………………………………**  **Tel: ……………………………………………………………………..**  **Relatie: ……………………………………………………………….** | | | |
| **CONTACTPERSOON 3** | **CONTACTPERSOON 4** | | | |
| **Naam: ……………………………………………………………………**  **Tel: ………………………………………………………………………..**  **Relatie: ………………………………………………………………….** | **Naam: …………………………………………………………………**  **Tel: ……………………………………………………………………..**  **Relatie: ……………………………………………………………….** | | | |
| **BELANGRIJKE MEDISCHE GEGEVENS** | | | | |
| **BLOEDGROEP** | **BLOEDVERDUNNERS** | | | |
| A+  A-  AB+  AB –  B+  B-  O+  O- | **NEEN**, ik neem geen bloedverdunners.  **JA**, ik neem volgende bloedverdunners: ……………………………………………………………………………… | | | |
| **ALLERGIEËN** | **RECENTE MEDISCHE INGREPEN** | | | |
| **Zo ja, Welke?** | **Zo ja, Welke?** | | | |
| **CHRONISCHE AANDOENINGEN/ BEHANDELINGEN** | | | | |
| Dementie  Astma  Chronische Bronchitis  Diabetes  Epilepsie  Hepatitis  Nierfalen  Parkinson  Andere:………………………………………… | | | | |
| **HULPMIDDELEN** | | | | |
| Pacemaker  Bril  Kunstgebit  gehoorapparaat  Andere:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| **DAGELIJKSE HANDELINGEN** | | | | |
| Besef van tijd en ruimte | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Geheugen | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Algemene mobiliteit | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Zicht | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Gehoor | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Spreekt Nederlands | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Begrijpt Nederlands | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| Andere, Welke? …………………………………………………………….. | | Goed | Gemiddeld | Slecht |
| **AFSPRAKEN MET BETREKKING TOT ZORGPLANNING** | | | | |
| Ik wil **niet** worden gereanimeerd.  Ik wil **niet** naar het ziekenhuis worden gevoerd.  Tenzij dit nodig is voor mijn comfort.  Ik wil **niet** op een intensieve zorgen afdeling van het ziekenhuis worden opgenomen.  Ik wil **niet** aan beademingsapparatuur worden gekoppeld.  Andere:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| **EIGEN HANDTEKENING** | **BIJ VOORKEUR HANDTEKENING HUISARTS** | | | |
|  |  | | | |