



MEDISCHE FICHE

NAAM:

VOORNAAM:

KOPIE IDENTITEITSKAART

Of een recente foto

NOODNUMMERS

112 Ongeval, brand en
levensbedreigende situaties
101 Politie
070 245 245 Antigifcentrum

BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS

Huisarts: TEL:
Behandelende specialist: TEL:
Verpleegkundige: TEL:
Huisapotheker TEL:

Verstrek alleen relevante medische informatie die in geval van interventie belangrijk zijn voor een vervangend arts of hulpdienst met als doel continue zorgen te kunnen aanbieden in alle veiligheid.

CHRONISCHE AANDOENINGEN – CHRONISCHE BEHANDELINGEN

Vaccin Covid-19, op datum: Alzheimer Astma
 Chronische Bronchitis Diabetes Epilepsie Hepatitis Nierfalen Parkinson
 Andere:

BLOEDGROEP

BLOEDVERDUNNERS?

A+ A- AB+ AB-
 B+ B- O+ O- NEEN
 JA, welke?

AFSPRAKEN MET BETREKKING TOT ZORGPLANNING (WILSVERKLARING)

Of voeg een kopie van een negatieve wilsverklaring toe.

Mijn wil betreft de volgende tussenkomsten:

- 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 een ziekenhuis worden opgenomen.
 Ik wil **niet** aan beademingsapparatuur worden gekoppeld.
 Ik wil **niet** dat mijn leven met een curatieve behandeling wordt verlengd.

Eigen handtekening

Bij voorkeur handtekening huisarts

ALLERGIEËN / GENEESMIDDELEN VOOR ALLERGIEËN

Zo ja, welke?

.....

.....

.....

HULPMIDDELEN

Pacemaker Bril Kunstgebit Gehoorapparaat Andere:

RECENTE MEDISCHE INGREPEN

Zo ja, welke?

.....

.....

.....

DAGELIJKE HANDELINGEN

Besef van tijd en ruimte	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Geheugen	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Algemene mobiliteit	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Zicht	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Gehoor	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Spreekt Nederlands	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Begrijpt Nederlands	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
Andere, welke?	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
.....	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht
.....	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gemiddeld <input type="checkbox"/> Slecht

CONTACTPERSONEN

Contactpersoon 1	Contactpersoon 2
Naam:	Naam:
Telefoonnummer:	Telefoonnummer:
Relatie:	Relatie:
Contactpersoon 3	Contactpersoon 4
Naam:	Naam:
Telefoonnummer:	Telefoonnummer:
Relatie:	Relatie:

DATUM LAATSTE UPDATE

.....

Vul deze fiche aan met een medicatielijst!