



NAAM:

KOPIE IDENTITEITSKAART toevoegen	NOODNUMMERS	
<i>Of hier een recente foto plakken</i>	112	Ongeval, brand en levensbedreigende situaties
	101	Politie
	074 450 450	Antigifcentrum

BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS	
Huisarts:	TEL:
Behandelende specialist:	TEL:
Verpleegkundige:	TEL:
Thuisdienst:	TEL:
Huisapotheker:	TEL:

CONTACTPERSONEN	
Contactpersoon 1	Contactpersoon 2
Naam:.....	Naam:
Telefoonnummer: -	Telefoonnummer:
Relatie:	Relatie:

Verstrek alleen relevante medische informatie die in geval van interventie belangrijk zijn voor een vervangend arts of hulpdienst.

BLOEDGROEP	BLOEDVERDUNNERS?
<input type="checkbox"/> A + <input type="checkbox"/> A - <input type="checkbox"/> AB + <input type="checkbox"/> O + <input type="checkbox"/> B + <input type="checkbox"/> B - <input type="checkbox"/> AB - <input type="checkbox"/> O -	<input type="checkbox"/> NEEN <input type="checkbox"/> JA, welke?

CHRONISCHE AANDOENINGEN – CHRONISCHE BEHANDELINGEN
<input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Nierfalen <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Andere:

ALLERGIEËN / GENEESMIDDELEN VOOR ALLERGIEËN
Zo ja, welke?

HULPMIDDELEN
<input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Bril <input type="checkbox"/> Kunstgebit <input type="checkbox"/> Gehoorapparaat <input type="checkbox"/> Andere:

AFSPRAKEN MET BETREKKING TOT VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

- Indien u in het kader van zorgplanning over geldige voorafgaande wilsverklaringen beschikt, voeg deze dan toe als inhoud van de gele doos.
- Heeft u nog geen wilsverklaringen en wenst u deze? Ga hierover in gesprek met uw huisarts, uw familie,...

Voor meer informatie kan u terecht bij:

LEIF: LevensEindeInformatieForum - tel: 078 / 15 11 55 - www.leif.be

DAGELIJKSE 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

DATUM LAATSTE UPDATE

Vul deze fiche aan met een medicatielijst!