



MEDISCHE FICHE

NAAM:

VOORNAAM:

KOPIE IDENTITEITSKAART NOODNUMMERS

<i>Of een recente foto</i>	<p>112 Ongeval, brand en levensbedreigende situaties</p> <p>101 Politie</p> <p>074 450 450 Antigifcentrum</p>
----------------------------	--

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?

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

AFSPRAKEN MET BETREKKING TOT ZORGPLANNING (WILSVERKLARING)

- 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

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

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

Contactpersoon 2

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

Contactpersoon 3

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

Contactpersoon 4

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

DATUM LAATSTE UPDATE

Vul deze fiche aan met een medicatielijst!