

MEDISCHE VRAGENLIJST

Naam klant: _____

Opgesteld te (datum): _____

· Bent u zwanger?

JA NEE

· Heeft u specifieke allergieën?

JA NEE

· Heeft u een ziekte? (bv. hemofilie)

JA NEE

· Heeft u reeds hepatitis gehad?

JA NEE

· Bent u seropositief of drager van een ziekte die het immuunsysteem vermindert? (kanker, leukemie,...)

JA NEE

· Neemt u medicatie? (bv. cortisone, ANNS)

JA NEE

· Bent u diabeticus?

JA NEE

· Gaat u naar de dialyse?

JA NEE

· Heeft u een hart- of klepmisvorming of heeft u al een ingreep gehad met plaatsing van een prothese of vreemd materiaal?

JA NEE