



Cette boîte peut vous sauver la vie - Deze doos kan je leven redden
Une initiative de l'Échevinat des Seniors
Een initiatief van het Schepenenat van Senioren



MEDISCH OPVOLGFORMULIER

☒ **Gelieve enkel de medische informatie te vermelden die relevant is bij tussenkomst door een vervangende arts, de wachtdienst of het MUG-team. Dit heeft als doel de veiligheid binnen de zorgcontinuïteit te waarborgen.**

☒ Gelieve dit formulier uitsluitend in **HOOFDLETTERS** in te vullen.



BASISINFORMATIE :

VOORNAAM, NAAM :

HUISARTS : TELEFOON :

VERPLEEGKUNDIGE : GSM :

CONTACTPERSOON IN GEVAL VAN NOOD : TEL. :

REFERENTIEZIEKENHUIS : BLOEDGROEP :

ZIEKENFONDSSTICKER :



MIJN

GEZONDHEIDSBOEKJE BEVINDT ZICH (SPECIFIEER DE PLAATS) :

.....

-  **CHRONISCHE AANDOENING(EN) :**

.....
.....
.....

 CHRONISCHE BEHANDELING(EN)

 <u>GENEESMIDDEL</u>	 <u>INNAMEFREQUENTIE</u>	 <u>DOSERING</u>

 **ANTISTOLLINGSBEHANDELING** ☐ JA ☐ NEE- ZO JA, WELK :.....

 **TIJDELIJKE BEHANDELING(EN) :**

 <u>GENEESMIDDEL</u>	 <u>STARTDATUM</u>	 <u>EINDDATUM</u>

MEDICATIE-ALLERGIEËN (ANTIBIOTICA, ASPIRINE, ANDERS) :

GEWONE VAARDIGHEDEN (SCORE VAN 1 TOT 10, 1 = TEKORTSCHietEND EN 10 = ZEER GOED) :

ORIËNTATIE IN RUIMTE EN TIJD	
ALGEMENE MOBILITEIT	
GEHEUGEN	
VERMOGEN OM FRANS TE BEGRIJPEN EN ZICH TE UITEN	
ZICHT	
GEHOOR	

HOORAPPARAAT : ☐ JA ☐ NEE

BRIL : ☐ JA ☐ NEE LENZEN ☐ JA ☐ NEE

TANDPROTHESE(S) : ☐ JA ☐ NEE

DATUM VAN DE LAATSTE ACTUALISATIE VAN HET FORMULIER :/...../..... -/...../...../ -
...../...../.....