**Anamnese**

Naam, voornaam en geboortedatum

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

GSM-nummer

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Naam en tel. nr. huisarts

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Heeft u gezondheidsproblemen? Indien ja, welke? (hart, nieren, suikerziekte, epilepsie,…)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Neemt u bloedverdunners of bifosfonaten? Indien ja, naam en dosis

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Neemt u andere medicatie? Indien ja, welke?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wordt u behandeld door een specialist?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Heeft u allergieën? (penicilline- en latexallergie, zeker vermelden)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Bent u (mogelijk) zwanger?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Datum en handtekening

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(Gelieve dit 1x per kalenderjaar of bij wijzigingen ingevuld mee te brengen a.u.b.)**