



GEGEVENS PATIËNTE

Naam:

Voornaam:

Geb.datum:

Adres:

Woonplaats:

DATUM 1^{STE} GESPREK: / /

Bloedgroep/Rh.

Grav.

Para.

SC

IUVD

DATUM 1^{STE} DAG LAATSTE MENSTRUATIE:

..... / /

Zwangerschap vastgesteld dmv:

- Urinetest Lichamelijk onderzoek
 Bloedonderzoek Echoscopie w.am

MEDICIJN GEBRUIK:

(overzicht van 3 maanden meesturen)

-

ALLERGIEËN:

-

VOORGESCHIEDENIS:

- Abdominale chirurgie Hartziekten Hypertensie Diabetes Neurol. afw.
 Anemie Gynaecol. chirurgie Nierziekten Longziekten Epilepsie
 Bloedtransfusie Stollingsstoornissen Geslachtsziekten Psychiatrische ziekten Infectieziekten
 Andere, nl:

INDICATIE (noodsituatie in de zin der wet)

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

NAAMSTEMPEL HUISARTS/VERWIJZER:

HANDTEKENING & DATUM:

..... / /