

VRAGENLIJST

Naam:..... M/V

Adres:.....

Postcode:..... Woonplaats
Tel. thuis/mobiel:..... E-mailadres.....

Geboortedatum:..... BSN nr.....
Ouders geboortedatum: vader..... moeder.....
Ev. Kinderen.....
Bloedgroep:.....
Beroep:.....

Gehuwd, gehuwd geweest, samenwonend, LAT-relatie, alleenstaand.

Uw huisarts is:tel.....

Omschrijving psychische klachten:.....
.....
.....
.....

Omschrijving lichamelijke klachten:.....
.....
.....
.....

Klachten, ziektes, therapieën, opnames die u heeft gehad en wanneer:
.....
.....
.....

Aan welke ziekte lijdt u momenteel:.....
.....
.....

Welke medicijnen gebruikt u en/of heeft u gebruikt:.....
.....
.....

Hiermee verklaar ik deze lijst naar waarheid te hebben ingevuld, voldoende te zijn geïnformeerd en akkoord te zijn met de nodige behandelingen Neurochirurgie.

Datum: Handtekening:.....

Door ons in te vullen:

Afspraak voor groot-consult d.d.:.....

Afspraak voor vervolgbehandeling d.d.:.....

De ingevulde en ondertekende lijst s.v.p. zo spoedig mogelijk sturen naar: Praktijk voor Neurochirurgie, t.a.v. Mevr. K. Bergsma-Flis, neurochirurg Kerkstraat 29, 2959 BS Streefkerk
www.perikarion.eu; vragen: 0184684340 na 20.00 uur