

OMB

ANAMNESE

Om de beste zorg aan u te geven. Hebben we aanvullende informatie nodig over uw (oog) gezondheid en andere aanvullende informatie die noodzakelijk is voor uw behandeling. Deze gegevens worden opgenomen in uw medisch dossier. Weverroeken u onderstaande vragenlijst in te vullen / mee te nemen naar uw afspraak.

Naam:
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
E-mail adres:
Burgerservice nummer:

Gegevens huisarts

Naam huisarts:
Dhr / mevr
Adres:
Postcode en plaats
Telefoonnummer:

Gegevens apotheek

Naam apotheek:
Adres:
Postcode en plaats:
Telefoonnummer:
Fax:

Overige gegevens

Beroep:
Hobby's
Sport:
Wat draagt u?
In geval van lenen?
Hoe lang draagt u lenzen
Hoeveel dagen heeft u uw lenzen uit op dit moment

Bril	Lenzen	
Zacht	Hard	Nacht

Wat is uw reden om voor Oogkliniek Midden-Brabant te kiezen?

.....

Voorgeschiedenis

Heeft u ooit iets aan je ogen gehad, als een operatie, trauma of (plotseling) veranderingen van je zicht?

Ja/Nee

Bent u onder controle (geweest) van een oogarts?

Ja /Nee

Wat is hier de reden van

Heeft u last van:

Een lui oog (amblyopie)	Ja/Nee
Scheefstand van de ogen (strabismus)	Ja/Nee
Zwevende vlekken in het zicht	Ja/Nee

Jeukende, brandende of tranende ogen (droge ogen) Ja/Nee

Heeft u of iemand in jouw familie (1e graad) last van:

Glaucoom (verhoogde oogdruk)	Ja/Nee
Macula degeneratie (oogziekte)	Ja/Nee
Aandoeningen van het netvlies	Ja/Nee
Andere oogafwijkingen	Ja/Nee

Indien ja welke

Heeft u andere bijzonderheden aan uw ogen?

Medicatie

Gebruikt u medicatie?
Indien ja, vraag uw actueel medicatie overzicht op bij uw eigen apotheek

Gebruikt u antistolling?
Indien ja, welke

Jouw gezondheid

Bent u gezond Ja/Nee

Bent u ooit behandeld of in behandeling voor lichamelijke of geestelijke aandoeningen?
Indien ja, welke aandoening heb je (gehad) en hoe is dit behandeld? Ja/Nee

Heeft u een pacemaker? Ja/Nee

Bent u allergisch voor:

Jodium	Ja/Nee
Latex	Ja/Nee
NSAIDS (specifiek soort ontstekingsremmer)	Ja/Nee
Corticosteroiden (specifiek soort ontstekingsremmer)	Ja/Nee
Antibiotica	Ja/Nee
Overige allergieën	

Zwangerschap

Bent u momenteel zwanger of onlangs wanneer geweest? Ja/Nee
Datum einde zwangerschap

Indien ja

Geeft uw momenteel borstvoeding Ja/Nee

MRSA screening

Is er bij u in het verleden MRSA / BRMO aangetoond Ja/Nee
Indien ja, in welke jaar

Bent u de afgelopen 2 maanden langer dan 24 uur opgenomen of bent u werkzaam geweest in een buitenlands ziekenhuis? Ja/Nee

Komt u beroepsmatig in nauw contact met , of woont u op een bedrijf met levende varkens, vleeskalveren of vleeskuiken? Ja/Nee

Heeft u nog andere informatie voor ons, waarvan je vermoedt dat deze relevant is voor een oogoperatie? Ja/Nee

Ik heb dit anamnese formulier naar waarheid ingevuld Ja/Nee

Ik ga ermee akkoord dat medische gegevens opgevraagd en doorgegeven mogen worden aan de apotheek. Ja/Nee

Ik ga er mee akkoord dat Oogkliniek Midden-Brabant gegevens uitwisselt met 20/20 klinieken. Ja/Nee

Datum

Handtekening