**MEDISCHE FICHE**

NAAM: Klik hier als u tekst wilt invoeren.

VOORNAAM: Klik hier als u tekst wilt invoeren.



**Handleiding bij het invullen van de fiches: www.welzijnszorgkempen.be/gele-doos**

|  |  |
| --- | --- |
| KOPIE IDENTITEITSKAART | NOODNUMMERS |
| *Of een recente foto* | **112****101****074 450 450** | **Ongeval, brand en levensbedreigende situaties****Politie****Antigifcentrum** |
| BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS |
| Huisarts: Klik hier als u tekst wilt invoeren. Behandelende specialist: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Verpleegkundige: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Huisapotheker:Klik hier als u tekst wilt invoeren. | **TEL:** Klik hier als u tekst wilt invoeren.**TEL:** Klik hier als u tekst wilt invoeren.**TEL:** Klik hier als u tekst wilt invoeren.**TEL:** Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| *Verstrek alleen relevante medische informatie die in geval van interventie belangrijk zijn voor een vervangend arts of hulpdienst met als doel continue zorgen te kunnen aanbieden in alle veiligheid.* |
| CHRONISCHE AANDOENINGEN – CHRONISCHE BEHANDELINGEN |
| [ ]  Vaccin Covid-19, op datum: Klik hier als u een datum wilt invoeren. [ ]  Alzheimer [ ]  Astma[ ]  Chronische Bronchitis [ ]  Diabetes [ ]  Epilepsie [ ]  Hepatitis [ ]  Nierfalen [ ] Parkinson [ ]  Andere: Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| CHRONISCHE AANDOENIN |
| BLOEDGROEP | **BLOEDVERDUNNERS?** |  |
| [ ] A + [ ] A - [ ] AB + [ ]  AB -[ ] B + [ ]  B - [ ]  O + [ ]  O - | [ ]  **NEEN**[ ]  **JA**, **welke?** Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| AFSPRAKEN MET BETREKKING TOT ZORGPLANNING (WILSVERKLARING) |
| * Onze GELE DOOSIndien u in het kader van zorgplanning over geldige voorafgaande wilsverklaringen beschikt, voeg deze dan toe als inhoud van de gele doos.

 * Heeft u nog geen wilsverklaringen en wenst u deze? Ga hierover in gesprek met uw huisarts, uw

 familie,… . * Voor meer informatie kan u terecht bij:

LEIF: LevensEindeInformatieForum - tel: 078 / 15 11 55 - www.leif.be  |

|  |
| --- |
| ALLERGIEËN / GENEESMIDDELEN VOOR ALLERGIEËN |
| Zo ja, welke? Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| HULPMIDDELEN |
| [ ]  Pacemaker [ ]  Bril [ ]  Kunstgebit [ ]  Gehoorapparaat [ ]  Andere: Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| RECENTE MEDISCHE INGREPEN |
| Zo ja, welke? Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| DAGELIJKSE HANDELINGEN  |
| Besef van tijd en ruimte  | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Geheugen | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Algemene mobiliteit | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Zicht | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Gehoor | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Spreekt NederlandsBegrijpt Nederlands | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht[ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Andere, welke? Klik hier als u tekst wilt invoeren. | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht[ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| Klik hier als u tekst wilt invoeren. | [ ]  Goed [ ] Gemiddeld [ ]  Slecht |
| CONTACTPERSONEN  |
| Contactpersoon 1Naam: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Telefoonnummer: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Relatie: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Contactpersoon 3Naam: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Telefoonnummer: Klik hier als u tekst wilt invoeren.Relatie: Klik hier als u tekst wilt invoeren. | **Contactpersoon** **2****Naam**: Klik hier als u tekst wilt invoeren.**Telefoonnummer**: Klik hier als u tekst wilt invoeren.**Relatie**: Klik hier als u tekst wilt invoeren.**Contactpersoon** **4****Naam**: Klik hier als u tekst wilt invoeren.**Telefoonnummer**: Klik hier als u tekst wilt invoeren.**Relatie**: Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| DATUM LAATSTE UPDATE |
| Klik hier als u een datum wilt invoeren. |

***Vul deze fiche aan met een medicatielijst!***