**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 Nederlands  Begrijpt 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 1  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 3  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** **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!***