



PASIENT INLIGTING

PASIENT NAAM EN VAN: _____

WAT IS DIE HOOF REDE VIR U BESOEK?

GESLAG M V OUDERDOM _____ DATUM _____

TAAL AFR ENG

WIE HET U VERWYS? _____

IS DIT DIE PASIENT SE EERSTE BESOEK? JA NEE

HET U ENIGE VAN DIE VOLGENDE: Merk toepaslike blokkie	JA	NEE	Familie Geskiedenis	Besonderhede:
HART SIEKTES (angina, trombose, aangebore, rumatiekkoors)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BLOEDDRUK (hoog of laag) en op enige behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASMA, BRONGITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEWER AANTASTINGS (geelsig, hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIABETUS (suiker siekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SKILDKLIER (oor of onder aktief)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MAAGSEER, MANTELVLIESBREUK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BLOEDINGSNEIGING (spontaan of na operasies?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BEROERTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPILEPSIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ONLANGSE SIEKTES (bv. verkoue, griep, hoes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RUG OF NEKPROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE ANDER SIEKTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	JA	NEE	Familie Geskiedenis	Besonderhede:
ENIGE ALLERGIEE VIR MEDISYNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE ALLERGIEE VIR KOSSE OF OMGEWINGS ALLERGENE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BLOOTSTELLING AAN OMGEWINGS CHEMIKALIEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE OORPROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE GEHOORPROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BLOOTSTELLING AAN HARDE GERAAS (by die huis of werk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE NEUS OF SINUS PROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE BESERINGS AAN DIE:				
Kop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ENIGE KEEL PROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENIGE STEM OF SLUKPROBLEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ROOK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ALCOHOL GEBRUIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

VORIGE OPERASIES Merk die toepaslike blokkie	JA	NEE	
ORE			
Grommits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoeveel maal? _____
Oordrom herstel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Watter oor? Links <input type="checkbox"/> Regs <input type="checkbox"/>
Mastoidektomie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Watter oor? Links <input type="checkbox"/> Regs <input type="checkbox"/>
Ander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipe? _____
NEUS:			
Sinus operasies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Septum operasies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinus spoel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adenoide verwyder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KEEL:			
Tonsils verwyder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
STEMBANDE:			
Stembande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ENIGE ANDER OPERASIES?

GEBRUIK U ENIGE MEDISYNE? - Verskaf 'n lys van al die medisyne: