

Anamnese formulier (CBR)

Naam:	Email:
Adres:	Huisarts:
Postcode:	Locatie huisarts:
Woonplaats:	Hoe heeft u ons gevonden:
Telefoon nr:	
Geb. datum:	
BSN. nr:	

Algemene voorgeschiedenis

Heeft u diabetes (suikerziekte)?

- ☐ Nee ☐ Ja, ik gebruik hiervoor: ☐ Tabletten
☐ Insuline

Heeft u aandoening gehad die gezichtsveldverlies heeft veroorzaakt?

- ☐ Nee ☐ Ja, namelijk: ☐ Herseninfarct / bloeding
☐ Hersentrauma (bv, ongeluk)
☐ Hersentumor
☐ anders;

Oogheelkundige voorgeschiedenis

Bent u bekend met of onder behandeling voor een van onderstaande aandoeningen?

- | | | | |
|----------|--|----------------------|--|
| Lui oog | ☐ Ja ☐ Nee | Netvliesaandoeningen | ☐ Ja ☐ Nee |
| Glaucoom | ☐ Ja ☐ Nee | Staar | ☐ Ja ☐ Nee |

Oogheelkundige operatie/behandeling:

- ☐ Nee ☐ Ja, namelijk:

.....
.....
.....
.....
.....

Opmerkingen en/of aanvullingen:

.....
.....
.....
.....
.....

Graag het formulier controleren en tekenen. Hierbij geef ik toestemming om contact op te nemen met mijn huisarts en/of oogarts voor informatie over mijn gezondheid en medicijngebruik

Datum:

Handtekening:

