





|                  |
|------------------|
| <b>Medicatie</b> |
|                  |
|                  |

**Familiegeschiedenis**

| Relatie           | In leven/<br>gestorven | Leeftijd | Ziekte (bv kanker, reuma,<br>tbc, astma, eczeem etc) | Reden<br>overlijden |
|-------------------|------------------------|----------|--|---------------------|
| Vader             |                        |          |  |                     |
| Vader van vader   |                        |          |  |                     |
| Moeder van vader  |                        |          |  |                     |
| Moeder            |                        |          |  |                     |
| Vader van moeder  |                        |          |  |                     |
| Moeder van moeder |                        |          |  |                     |
| Broers            |                        |          |  |                     |
| Zussen            |                        |          |  |                     |

**Vaker voorkomende ziekten in de familie (betrek hierin ook tantes, ooms, neven en nichten).**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Zwangerschap en geboorte**

|  |  |
|--|--|
| Had moeder problemen tijdens de zwangerschap?  |  |
| Heeft ze tijdens de zwangerschap medicijnen of drugs gebruikt?   |  |
| Waren er moeilijkheden rondom de geboorte?   |  |
| Heeft ze borstvoeding gegeven?<br>Zo ja, hoe lang?   |  |
| Hoe was de ontwikkeling als kind op het gebied van tanden krijgen, zitten, staan, lopen, praten, zindelijkheid, groei? Noem alleen de bijzonderheden |  |

**Geef aan wanneer gevaccineerd is en de reactie hierop.**

|                 | <b>Datum</b> | <b>Reactie</b> |
|-----------------|--------------|----------------|
| DTP             |              |                |
| DKTP            |              |                |
| BMR             |              |                |
| Polio           |              |                |
| Kinkhoest       |              |                |
| Difterie        |              |                |
| Tetanus         |              |                |
| HIB             |              |                |
| Hepatitis B     |              |                |
| Pneumokokken    |              |                |
| Meningokokken C |              |                |
| Overig          |              |                |

**Heeft u kinderen? Zo ja, vul dan onderstaande vragen in.**

|   |  |
|---|--|
| Hoeveel kinderen heeft u?                   |  |
| Hoe is de gezondheid van uw kinderen        |  |
| Heeft u ooit een abortus of miskraam gehad? |  |

**Gebruik van**

|            | <b>Ja/nee</b> | <b>In welke mate?</b> |
|------------|---------------|-----------------------|
| Koffie     |               |                       |
| Alcohol    |               |                       |
| Drugs      |               |                       |
| Sigaretten |               |                       |
| Overig     |               |                       |