

Fontana Nieuweschans
T.a.v. Coördinator medische zaken
Antwoordnummer 950
9670 XH Nieuweschans

Wij verzoeken
u een pasfoto
bij te voegen.

*(Wanneer u dit
reeds eerder heeft
gedaan dan is dit
niet noodzakelijk)*

Medisch vragenformulier

A

Achternaam
(bij gehuwde vrouw ook meisjesnaam)
Voorletters

Straatnaam

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Geboortedatum Geslacht: 0 Man 0 Vrouw

Burgerlijke staat 0 Gehuwd 0 Ongehuwd 0 Weduwe 0 Weduwnaar

B

Beroep

Voormalig beroep

Neemt u nog deel aan het 0 Ja
Arbeidsproces 0 Nee, reden:.....

C

Ziektekostenverzekering 0 Ziekenfonds bij
0 Particulier bij

Inschrijfnummer

D

Gewenste kuur

Gewenste kuurperiode

15-daagse Reumakuur

- vrijdag 3 maart t/m vrijdag 17 maart
- vrijdag 8 september t/m vrijdag 22 september
- vrijdag 22 september t/m vrijdag 6 oktober
- vrijdag 6 oktober t/m vrijdag 20 oktober
- vrijdag 17 november t/m vrijdag 1 december

Reuma Compact Kuur (8-daags)

- vrijdag 27 januari t/m vrijdag 3 februari
- vrijdag 3 maart t/m vrijdag 10 maart
- vrijdag 10 maart t/m vrijdag 17 maart
- vrijdag 1 september t/m vrijdag 8 september
- vrijdag 3 november t/m vrijdag 10 november
- vrijdag 1 december t/m vrijdag 8 december
- vrijdag 8 december t/m vrijdag 15 december

Bent u bereid uw hotelkamer te delen met een andere kuurgast?

- Ja
- Nee

Rookt u?

- Ja
- Nee

Heeft u reeds eerder aan een kuur deelgenomen?

- Ja,
- Nee

Bent u bereid om na het volgen van de kuur gegevens te verstrekken t.b.v. de beoordeling van de resultaten van de kuurreis?

- Ja
- Nee

E Gegevens huisarts

Naam :

Volledig adres :

Telefoonnummer :

Gegevens behandeld specialist

Naam :

Volledig adres :

Telefoonnummer :

F Medische gegevens

Diagnose/Aandoening :

Wat zijn uw klachten? Geef a.u.b. een nauwkeurige omschrijving van uw klachten.

Welke behandelingen heeft u tot nu toe voor deze aandoening ondergaan? :.....
:.....
:.....
:.....
:.....

Wat was het resultaat van deze behandelingen? :.....
:.....
:.....

Wat doet u er zelf aan om uw conditie op peil te houden c.q. te brengen? :.....
:.....
:.....

Welke medicijnen gebruikt u? :.....
:.....
:.....

Heeft u dieetwensen? :.....
:.....

Bent u allergisch? :.....
Zo ja, waarvoor? :.....
Welke aanpassingen heeft u nodig op de kamer? Toiletverhoger Oplegmatras
 Anti-slip mat in het bad Verhoogd bed
 Ik heb een geheel aangepaste kamer nodig

Maakt u gebruik van een rolstoel? Ja Nee

Maakt u gebruik van een rollator? Ja Nee

Bent u de afgelopen 5 jaar geopereerd? Ja, aan.....
:.....
:.....
 Nee

Wie te informeren in geval van nood? (bv. ziekenhuisopname) :.....
:.....
:.....

Bijzonderheden :.....
:.....
:.....
:.....
:.....
:.....
:.....

Verzoek dit te laten invullen door uw behandelend arts / specialist

De kuurreis waaraan uw patiënt wil deelnemen is een serieus gebeuren en meer dan een alternatief voor een vakantie. Artsen en therapeuten van een kuuroord weten dat een genezing niet mogelijk is, maar spannen zich in om de klachten langdurig te verminderen. Voor de kuurarts is het van groot belang, volledig door u te worden

geïnformeerd over de toestand van uw patiënt. Wij danken u daarom bij voorbaat voor de volledige beantwoording van de onderstaande vragen. Als u over medische gegevens beschikt die van belang zijn voor de beoordeling van de aanmelding of voor de behandelend kuurarts of fysiotherapeut, verzoeken wij u deze mee te sturen.

Aanvangsdatum ziekte :

Diagnose :

Huidige klachten :
.....
.....
.....
.....

Huidige behandeling en medicatie :
.....
.....
.....
.....

Bloeddruk op dit moment. Wijkt deze af van eerdere metingen? :
.....

Laatst gemeten bezinkings- : Datum:
snelheid
Wijkt deze af van eerdere :
metingen? :

Als er recente röntgenfoto's :
en/of laboratoriumgegevens :
beschikbaar zijn, graag een :
korte beschrijving. :
.....

Volgt de patiënt een dieet? 0 Ja, namelijk.....
0 Nee

Naam :

Handtekening :