**Informacje medyczne**

Czy masz jeden z vlg Jest jednym z nich

czy miałeś jakieś choroby? choroby w twojej

Jeśli tak, to w jakim roku (zelf) rodzinie dla? (familie)

Zwiększone ciśnienie krwi tak / nie tak / nie verhoogde bloeddruk

Choroby serca lub naczyń tak / nie tak / nie hart of vaatziekten

Choroby płuc tak / nie tak / nie longziekten

Choroby nerek tak / nie tak / nie nierziekten

Choroby żołądka / jelit tak / nie tak / nie maag/darmziekten

Cukrzyca tak / nie tak / nie diabetes

Rak tak / nie tak / nie kanker

Choroby psychiczne tak / nie tak / nie psychiatrische ziekten

Poważne wypadki tak / nie tak / nie ernstige ongevallen

**Kontynuuj dane medyczne**

Czy jesteś nadwrażliwy na leki? Jeśli tak, jakie leki? (overgevoelig voor medicijnen)

…………………………………………………………………………… ..

Czy byłeś kiedyś w szpitalu? Jeśli tak, na co / kiedy w jakim szpitalu? (ooit in ziekenhuis gelegen)

……………………………………………………………………………

Czy jesteś obecnie leczony przez specjalistę? Jeśli tak, z kim i za co? (behandeling bij specialist?)

………………………………………………………………………… ..

Czy używasz leków? Jeśli tak, to jakie i jaka dawka? (Medicijngebruik)

Nazwa dawki (naam) leku na dzień (dosis per dag)

…………………… .. ………………………

…………………… .. ……………………… ..

…………………… .. …………………………

…………………… .. ……………………… ..

Czy co roku chorujesz na grypę z przyczyn medycznych?(griepprik) Tak / Nie

Czy palisz? Jeśli tak, co i ile dziennie Tak / nie Dziennie… .. (roken)

Paliłeś? ……. Kiedy przestałeś? …………. (wanner gestopt met roken)

Czy pijesz alkohol? Jeśli tak, ile szklanek dziennie? Tak / nie Dziennie …… (alcohol)

Czy używasz / używasz narkotyków? Jeśli tak, to co? Tak / nie,

Które narkotyki ………. (drugs)

**Prosimy o przesłanie formularza i danych swojego poprzedniego lekarza wraz z kopią dowodu tożsamości i karty ubezpieczenia na rozmowę wstępną!**