

<b>Naam:</b>	<b>Lengte:</b>
<b>Geboortedatum:</b>	<b>Gewicht:</b>

<b>1. Heeft u een allergie?</b>			<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke:
<input type="checkbox"/> Jodium	<input type="checkbox"/> Hooikoorts	<input type="checkbox"/> Luchtwegen	<input type="checkbox"/> Huid (eczeem)
<input type="checkbox"/> Medicijnen	<input type="checkbox"/> Voedselallergie	<input type="checkbox"/> Huidpleister	
<input type="checkbox"/> Anders, nl:			

<b>2. Heeft u in het verleden een onderzoek gehad waarbij contrastmiddel ingespoten werd?</b>			<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Heeft u toen ook een reactie van overgevoeligheid gehad?			<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke:
<input type="checkbox"/> Galbulten	<input type="checkbox"/> Jeuk	<input type="checkbox"/> Misselijkheid	
<input type="checkbox"/> Ademnood	<input type="checkbox"/> Bloeddrukdaling	<input type="checkbox"/> Anders, nl:	

<b>3. Bent u hartpatiënt?</b>		<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, gebruikt u medicijnen voor het hart?		<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke:
Naam medicijn en dosering:		
1.	3.	
2.	4.	

<b>4. Bent u longpatiënt?</b>		<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Zo ja, gebruikt u medicijnen voor de longen?		<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke:
1.	3.	
2.	4.	

<b>5. Heeft u één van de onderstaande aandoeningen?</b>			<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke:
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Bloedarmoede	<input type="checkbox"/> Ziekte van Kahler	
<input type="checkbox"/> Longaandoeningen (astma, COPD)	<input type="checkbox"/> Hartfalen	<input type="checkbox"/> Ziekte van Waldenström	
<input type="checkbox"/> Nierfunctie stoornis	<input type="checkbox"/> Schildkliertumor	<input type="checkbox"/> Mastocytosis	
<input type="checkbox"/> Hoge of lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> Feochromocytoom	<input type="checkbox"/> Myastenia Gravis	

<b>Handtekening:</b>	<b>Datum:</b>
----------------------	---------------