# Medische voorgeschiedenis in het kort



Naam van de persoon _____

Geboortedatum _____

Bloedgroep _____

Allergieën _____

Diagnoses en chronische aandoeningen

## OPERATIES EN ZIEKENHUISOPNAMES

| Jaar | Wat | Ziekenhuis en afdeling |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## SPECIALISTEN EN KLINIEKEN

| Naam | Specialisme | Telefoon |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Vaccinaties (met datums)

**Laatst bijgewerkt**