

## Vragenformulier ooglidcorrectie

**Datum intakegesprek:**

**Datum ingreep:**

### **Cliëntgegevens**

Achternaam \_\_\_\_\_ m/v

Meisjesnaam \_\_\_\_\_

Voorletters \_\_\_\_\_ geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

### **Bereikbaar via**

Telefoonnummer privé \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Telefoonnummer mobiel \_\_\_\_\_

**A/** (verwachtingen) :

---

---

---

**VG/** (operatie(s), ziekte(n), familiale aandoeningen):

---

---

---

### **Medische gegevens:**

Bent u onder controle (geweest) van een internist/cardioloog/neuroloog  
of andere medisch specialist? ja/nee

zo ja, voor welke aandoening bent u onder behandeling:

---

---

---

Maakt u gebruik van een **pacemaker**? ja/nee

**indien ja**, dan kan de ingreep niet in onze praktijk plaatsvinden. Hiervoor dient u contact op te nemen met uw cardioloog voor verder advies.

### **Gebruikt u:**

medicijnen voor droge ogen? ja/nee

zo ja, welke medicatie gebruikt u:

---

---

medicijnen voor hoge bloeddruk? ja/nee  
zo ja, welke medicatie gebruikt u:

---

---

medicijnen wegens een hartaandoening? ja/nee  
zo ja, welke medicatie gebruikt u:

---

---

medicijnen wegens suikerziekte? ja/nee  
zo ja, welke medicatie gebruikt u:

---

---

aspirine? ja/nee

bloedverdunnende medicijnen? ja/nee

**zo ja**, indien u medicatie gebruikt zoals fenprocoumon of acenocoumarol is behandeling in onze praktijk niet mogelijk. Voor verder advies dient u contact op te nemen met uw voorschrijvend arts.

Gebruikt u andere medicijnen? en in welke dosering:

---

---

**Overige vragen:**

Rookt u meer dan 10 sigaretten per dag? ja/nee

Drinkt u meer dan 3 glazen alcoholhoudende drank per dag? ja/nee

Heeft u snel last van blauwe plekken? ja/nee

Bent u allergisch voor pleisters, penicilline of jodium? ja/nee

Heeft u eerder plaatselijke verdoving gehad? ja/nee

Opmerkingen met betrekking tot de overige vragen:

---

---

---

---

**Aldus naar waarheid ingevuld op:**

**Handtekening cliënt(e)**