

**MEDISCH DOSSIER :**

/

In te vullen door de **behandelende arts / huisarts.**

Geachte collega,

Om uw patiënt tijdens zijn/haar bedevaart naar Lourdes te begeleiden vragen wij aan u als behandelende arts / huisarts dit medische dossier zo volledig als mogelijk in te vullen. U kan de gegevens steeds elektronisch mailen naar [pelerinage.nat.bedevaart@skynet.be](mailto:pelerinage.nat.bedevaart@skynet.be)

Met dank.

Het team begeleidende artsen en paramedici

Identiteit: Naam en voornaam: .....  
Geboortedatum: .....

**Medische voorgeschiedenis, complicaties?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Heelkundige voorgeschiedenis, complicaties?**

.....  
.....  
.....  
.....

DNR code     Neen     Ja:     code[1]     code[2]     code[3]    + Formulier bijvoegen aub.  
 Wilsverklaring:     Neen     Ja. Formulier bijvoegen aub.

Pacemaker     Defibrillator     Neurostimulator     Nervus Vagus Stimulator     Cochlear implant

**Vaccinaties** zo ja, .....

**Vaccinatie Covid-19:**     neen     ja: datum 1<sup>ste</sup> prik: .....     datum 2<sup>de</sup> prik: .....    (J&J: zelfde datum 1 en 2 invullen)  
 boosterprik: datum prik: .....    **EU-Certificaat boosterprik bijvoegen aub.**

**Allergieën** zo ja, .....

**Zuurstoftherapie** zo ja:    debiet: .....l/min    tijd: ..... uren/minuten    tijdstip(pen): .....

**Kinesitherapie** zo ja, specificeer: .....

| Medicatie: schema<br>V=voor // T=tijdens // N=na maaltijd. | 6 u | Morgen |   |   | Middag |   |   | Avond |   |   | 21 u | Observatie / Opmerkingen. |
|--|-----|--------|---|---|--------|---|---|-------|---|---|------|---------------------------|
|  |     | V      | T | N | V      | T | N | V     | T | N |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |
|  |     |        |   |   |        |   |   |       |   |   |      |                           |

**Toezicht medicatie vereist:**     Neen     Ja     .....  
**De toestand van uw patiënt is:**     Stabiel     Onzeker     .....

**Geneesheer:**    Naam: .....    **STEMPEL.**  
Adres: .....  
(igv urgentie) Telefoon en GSM: .....  
E-mail: .....  
Datum: .....    Handtekening: .....