



## Geneeskundige verslag ten opsigte van 'n inwoner

(Moet deurgeneesheervoltooi word)

1. **NAAM:** \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Ouderdom: \_\_\_\_\_

2. **NAAM VAN HUISDOKTER:** \_\_\_\_\_ **Adres:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

### 3. ALGEMENE ONDERSOEK:

(a) Liggaamlike – invoedingstoestand \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(b) Vry van aansteeklikesiektes Ja  Nee

(c) Operasie ondergaan wanneer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(d) Gewoontes: Rook: Per dag: \_\_\_\_\_ Drank: Per dag \_\_\_\_\_

4. KARDIOVASKULÊR

- (a) Bloeddruk: \_\_\_\_\_ Pols: \_\_\_\_\_
- (b) Is daarhartversaking JA  NEE
- (c) Hartopersies? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. RESPIRATORIESE STELSEL

- (a) Respiratoriese Asma JA  NEE
- (b) Kroniese brongitis JA  NEE
- (c) Emfiseem JA  NEE
- (d) Tuberkulose JA  NEE
- (e) Ander: \_\_\_\_\_

6. SPYSVERTERINGSTELSEL

- (a) Lewersiektes \_\_\_\_\_
- (b) Ulkus \_\_\_\_\_
- (c) Kolonprobleme \_\_\_\_\_
- (d) Ander \_\_\_\_\_
- (e) Spesiale diet \_\_\_\_\_

7. UROGENITALE STELSEL

- (a) Inkontinensie JA  NEE
- (b) Urine toets \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. SENTRALE SENUWEESTELSEL

- (a) Epilepsie JA  NEE
- Indien wel, watter vorm? \_\_\_\_\_
- (b) Parkinsonisme JA  NEE
- (c) Demensie JA  NEE

Indien wel, meld graad (bv gedragsverandering, vergeetagtigheid, rusteloosheid, disorientasie ten opsigte van plek, tyd, persoon)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (d) Depressiewe aanvalle? JA  NEE
- (e) Ander ? (spesifiseer) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ENDOKRIENE STELSEL

- (a) Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
- (b) Behandeling: \_\_\_\_\_
- (c) Tiroïd \_\_\_\_\_
- (d) Ander \_\_\_\_\_

10. SINTUIE

- (a) Gehoor GOED  SWAK
- (b) Dra pasiënt 'n gehoorapparaat JA  NEE
- (c) Gesigsvermoe GOED  SWAK
- (d) Dra pasient 'n bril JA  NEE

11. GEWRIGTE

- (a) Artritis \_\_\_\_\_
- (b) Osteoperose \_\_\_\_\_

12. LIGAAMLIKE VERSWAKKING

- (a) Graad van fisiesehulpbehoewendheid 0 - 100% \_\_\_\_\_
  - (i) Mobiliteit \_\_\_\_\_
  - (ii) Persoonlike Higiëne (bad) \_\_\_\_\_
  - (iii) Eeten drink \_\_\_\_\_
  - (iv) Aantrek \_\_\_\_\_
- (b) Is applicant:
  - (a) Bedlêend JA  NEE
  - (b) Gebruikrolstoel JA  NEE
  - (c) Afhanklik van loopapparaat JA  NEE

13. SPESIALISTE VERSLAE

Afskriftemoetingsluit word waarmoontlik.

14. MEDISYNE TANS GEBRUIK

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Enigeallergieë \_\_\_\_\_

Besoekpasiënt tans enigebuite-pasiëntekliniek?Leer no: \_\_\_\_\_

Indienja, verskafbesonderhede van die kliniek/hospital \_\_\_\_\_

15. ALGEMENE OPMERKINGS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GENEESHEER \_\_\_\_\_

ADRES \_\_\_\_\_

TELEFOON \_\_\_\_\_

HANDTEKENING \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_