

**Aanvraag Astma/COPD voorlichting/huisbezoek****Gegevens cliënt**

naam + voorletter(s)	geboortedatum
straat + huisnummer	postcode+woonplaats
telefoonnummer(s)	BSN
verzekering	polisnummer

**Onder behandeling sinds**opgenomen ja  nee **Diagnose/nevendiagnose/familieanamnese**


**Medicatie**


**Eventuele uitslagen van onderstaande onderzoeken**

	Waarde		Waarde
<input type="checkbox"/> huisstofmijt		<input type="checkbox"/> paard	
<input type="checkbox"/> schimmels		<input type="checkbox"/> voedingsmiddelen	
<input type="checkbox"/> graspollen		<input type="checkbox"/> kat	
<input type="checkbox"/> boompollen		<input type="checkbox"/> hond	
<input type="checkbox"/> veren		<input type="checkbox"/> overig	

**Wat is de reden voor de aanvraag?**

<input type="checkbox"/> voorlichting over astma/COPD	<input type="checkbox"/> sanering
<input type="checkbox"/> begeleiding medicijngebruik/piekstroommeting	<input type="checkbox"/> begeleiding gezinssituatie
<input type="checkbox"/> beoordeling thussituatie	<input type="checkbox"/> overige

**Spirometrie****Metacholinetest**reversibel ja  nee **FEV1****FVC****BMI****Handtekening of stempel huisarts****Naam huisarts**

--	--