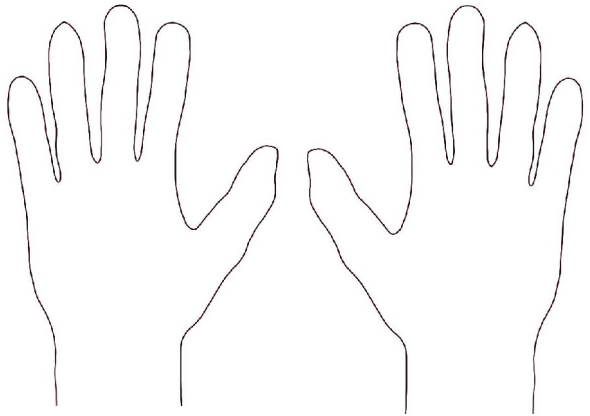


# HANDTRAUMA

<b>PATIENT:</b>	<b>DATUM:</b> <b>UUR ONGEVAL:</b> <b>BEROEP:</b> <b>R / L – HANDIG:</b> <b>ROKEN:</b>
<b>ANAMNESE TRAUMA:</b> Rechter / Linker hand	<b>TETANUS:</b> <b>NUCHTER SEDERT:</b>  <b>VOORGESCHIEDENIS:</b>   <b>MEDICATIE:</b>  <b>ALLERGIE:</b>
<b>KLINISCH ONDERZOEK:</b>	 <p>Rechts handpalm / Links handrug      Rechts handrug / Links handpalm</p> <b>RX:</b>
<b>DIAGNOSE:</b>	
<b>PLANNING:</b>	
<b>BEHANDELING SPOEDGEVALLEN EN TOEGEDIENDE MEDICATIE:</b>	

NAAM DOKTER:

ZIEKENHUIS: