

ALGEMEEN ONDERZOEK

bouw en stand	goed / afwijkend	_____
voedingstoestand	goed / afwijkend	_____
huid en haar	goed / afwijkend	_____
pols in rust	goed / afwijkend	_____
pols na arbeid	normaal / afwijkend	_____
ademhaling in rust	normaal / afwijkend	_____
ademhaling na arbeid	normaal / afwijkend	_____
type van de ademhaling	normaal / afwijkend	_____
slijmvliezen	normaal / afwijkend	_____
lymphklieren	normaal / afwijkend	_____
ogen	normaal / afwijkend	_____
mond en gebit	normaal / afwijkend	_____
spontaan hoesten	normaal / afwijkend	_____
larynx	niet / aanwezig	_____
hoedanigheid van de opgewekte hoest	normaal / gevoelig	_____

VERDER KLINISCH ONDERZOEK

	niet afwijkend	afwijkend	
respiratie apparaat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
eventueel laryngoscopie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
circulatie apparaat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
digestie apparaat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
urogenitaal apparaat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
zenuwstel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
bewegings apparaat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
inspectie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
palpatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
percutie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
hals	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
schoft	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
rug	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
kruis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
linker voorbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
rechter voorbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
linker achterbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
rechter achterbeen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
voorvoeten / achtervoeten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
hoornkwaliteit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ontwikkeling straal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
hoefpercussie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
hoefvisitatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
grootte	<input checked="" type="checkbox"/> gelijk	<input type="checkbox"/> niet gelijk	_____