

## Gezondheidsvragenlijst

(pagina 1 van 3)

Naam: \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Telefoonnr: \_\_\_\_\_  
 BSN: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Omcirkel bij de onderstaande vragen (Ja) of (Nee). Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld.

<b>1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	<b>Ja / Nee</b>
b. Nemen de klachten de laatste tijd toe?	<b>Ja / Nee</b>
c. Heeft u ook klachten in rust?	<b>Ja / Nee</b>
d. Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>2. Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	<b>Ja / Nee</b>
b. Ondervindt u nog steeds klachten?	<b>Ja / Nee</b>
c. Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	<b>Ja / Nee</b>
<b>3.1. Heeft u hartruis of een hartklepgebrek? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>3.2. Heeft u een kunsthartklep, pacemaker of kunstheup? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>3.3. Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?</b>	<b>Ja / Nee</b>
<b>4. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?	<b>Ja / Nee</b>
b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>5. Heeft u last van hartzwakte? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u 's avonds gezwollen voeten?	<b>Ja / Nee</b>
b. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	<b>Ja / Nee</b>
c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?	<b>Ja / Nee</b>
d. Wordt u 's nachts kortademig wakker?	<b>Ja / Nee</b>
<b>6. Heeft u een hoge bloeddruk? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?	<b>Ja / Nee</b>
b. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?	<b>Ja / Nee</b>
c. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	<b>Ja / Nee</b>
d. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	<b>Ja / Nee</b>
<b>7. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan hebben?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	<b>Ja / Nee</b>
<b>8. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheekkundige of medische behandeling?</b>	<b>Ja / Nee</b>
<b>9. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Wisselt u regelmatig van medicijnen?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>10. Heeft u last van hyperventileren?</b>	<b>Ja / Nee</b>

<b>11. Heeft u astma? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u daar nu last van?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u koorts in aanvallen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>12. Heeft u slechte longen? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Hoest u meer dan één kopje slijm per dag op?	<b>Ja / Nee</b>
b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	<b>Ja / Nee</b>
c. Bent u kortademig bij het aankleden?	<b>Ja / Nee</b>
<b>13.1. Heeft u hooikoorts?</b>	<b>Ja / Nee</b>
<b>13.2. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? Zo ja, Zo ja, waarvoor?</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Gebruikt u medicijnen voor uw allergie? Zo ja, welke?	<b>Ja / Nee</b>
b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke?	<b>Ja / Nee</b>
c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	<b>Ja / Nee</b>
d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	<b>Ja / Nee</b>
e. Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	<b>Ja / Nee</b>
<b>14. Heeft u suikerziekte? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Gebruikt u insuline?	<b>Ja / Nee</b>
b. Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglycemie)?	<b>Ja / Nee</b>
c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?	<b>Ja / Nee</b>
<b>15. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?	<b>Ja / Nee</b>
<b>16. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?	<b>Ja / Nee</b>
<b>17. Heeft u een leverziekte? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Langer dan 6 maanden?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	<b>Ja / Nee</b>
<b>18. Heeft u een chronische nierziekte? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven?	<b>Ja / Nee</b>
b. Heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling?	<b>Ja / Nee</b>
<b>19. Heeft u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd? Zo ja,</b>	<b>Ja / Nee</b>
a. Heeft u langer dan 6 maanden diarree?	<b>Ja / Nee</b>
<b>20. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?</b>	<b>Ja / Nee</b>
<b>21. Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?</b>	<b>Ja / Nee</b>
<b>22. Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Zo ja, Zo ja, welke?</b>	<b>Ja / Nee</b>

a. Wordt u hiervoor behandeld?	Ja / Nee
<b>23. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,</b>	Ja / Nee
a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	Ja / Nee
b. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?	Ja / Nee
<b>24. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja,</b>	Ja / Nee
a. Was dit korter dan 5 jaar geleden?	Ja / Nee
<b>25. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja,</b>	Ja / Nee
a. Voor het hart? Zo ja, welke?	Ja / Nee
b. Loopt u bij de trombosedienst? Zo ja, bij welke dienst en welke middelen in welke dosering?	Ja / Nee
c. Tegen hoge bloeddruk? Zo ja, welke?	Ja / Nee
d. Gebruikt u regelmatig aspirine? Zo ja, hoe vaak?	Ja / Nee
e. Gebruikt u pijnstillers? Zo ja, welke?	Ja / Nee
f. Voor suikerziekte? Zo ja, welke?	Ja / Nee
g. Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? Zo ja, welke?	Ja / Nee
h. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? Zo ja, welke?	Ja / Nee
i. Penicilline of antibiotica? Zo ja, welke?	Ja / Nee
j. Kalmerende middelen, slaaptabletten of antidepressiva? Zo ja, welke?	Ja / Nee
k. Andere medicijnen? Zo ja, welke?	Ja / Nee
l. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	Ja / Nee
m. Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag?	Ja / Nee
<b>26. Rookt u? Zo ja, hoeveel?</b>	Ja / Nee
<b>27. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?</b>	Ja / Nee



<b>28. Heeft u een ziekte, aandoening of stoornis waar niet naar is gevraagd? Zo ja, welke?</b>	<b>Ja / Nee</b>
---	-----------------

Naam behandelaar

Handtekening patiënt:

Handtekening behandelaar:

-----

-----