

Naam :

Geboortedatum :

Beantwoord de **dikgedrukte** vragen met Ja of Nee. Als u met Ja antwoordt, wilt u dan ook alle vragen daaronder ook beantwoorden? Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld.

1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	Ja	Nee
b. Nemen de klachten de laatste tijd toe?	Ja	Nee
c. Heeft u ook klachten in rust?	Ja	Nee
d. Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	Ja	Nee
2. Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja,	Ja	Nee
a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	Ja	Nee
b. Ondervindt u nog steeds klachten?	Ja	Nee
c. Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	Ja	Nee
3.1. Heeft u hartruis of een hartklepgebrek? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	Ja	Nee
3.2. Heeft u een kunsthartklep, pacemaker of kunstheup? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	Ja	Nee
3.3. Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?	Ja	Nee
4. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,	Ja	Nee
a. Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?	Ja	Nee
b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?	Ja	Nee
5. Heeft u last van hartzwakte? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u 's avonds gezwollen voeten?	Ja	Nee
b. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	Ja	Nee
c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?	Ja	Nee
d. Wordt u 's nachts kortademig wakker?	Ja	Nee
6. Heeft u een hoge bloeddruk? Zo ja,	Ja	Nee
a. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?	Ja	Nee
b. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?	Ja	Nee
c. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	Ja	Nee
d. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	Ja	Nee

7. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan hebben?	Ja	Nee
b. Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	Ja	Nee
8. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja	Nee
9. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? Zo ja,	Ja	Nee
a. Wisselt u regelmatig van medicijnen?	Ja	Nee
b. Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	Ja	Nee
10. Heeft u last van hyperventileren?	Ja	Nee
11. Heeft u astma? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u daar nu last van?	Ja	Nee
b. Heeft u koorts in aanvallen?	Ja	Nee
12. Heeft u slechte longen? Zo ja,	Ja	Nee
a. Hoest u meer dan één kopje slijm per dag op?	Ja	Nee
b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	Ja	Nee
c. Bent u kortademig bij het aankleden?	Ja	Nee
13.1. Heeft u hooikoorts?	Ja	Nee
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?	Ja	Nee
a. Gebruikt u medicijnen voor uw allergie? Zo ja, welke?	Ja	Nee
b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke?	Ja	Nee
c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	Ja	Nee
d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	Ja	Nee
e. Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	Ja	Nee
14. Heeft u suikerziekte? Zo ja,	Ja	Nee
a. Gebruikt u insuline?	Ja	Nee
b. Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglycemie)?	Ja	Nee
c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?	Ja	Nee
15. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,	Ja	Nee
a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	Ja	Nee
b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?	Ja	Nee
16. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,	Ja	Nee
a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	Ja	Nee
b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?	Ja	Nee

17. Heeft u een leverziekte? Zo ja,	Ja	Nee
a. Langer dan 6 maanden?	Ja	Nee
b. Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	Ja	Nee
18. Heeft u een chronische nierziekte? Zo ja,	Ja	Nee
a. Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven?	Ja	Nee
b. Heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling?	Ja	Nee
19. Heeft u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd? Zo ja,	Ja	Nee
a. Heeft u langer dan 6 maanden diarree?	Ja	Nee
20. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	Ja	Nee
21. Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?	Ja	Nee
22. Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Zo ja, Zo ja, welke?	Ja	Nee
a. Wordt u hiervoor behandeld?	Ja	Nee
23. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,	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
24. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja,	Ja	Nee
a. Was dit korter dan 5 jaar geleden?	Ja	Nee
25. Gebruikt u op dit moment medicijnen, verdovende middelen of alcohol? Zo ja,	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, corticosteroiden 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? Zo ja, welke?	Ja	Nee
m. Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag?	Ja	Nee
26. Rookt u? Zo ja, hoeveel?	Ja	Nee
27. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?	Ja	Nee
28. Heeft u een ziekte, aandoening of stoornis waar niet naar is gevraagd? Zo ja, welke?	Ja	Nee

Eventuele opmerkingen :

Wilt u, indien u veel medicatie heeft, een recente medicatielijst bij deze gezondheidsvragenlijst voegen? U kunt deze medicatielijst bij uw apotheker krijgen.

Handtekening patiënt: