

Gezondheidsvragenlijst

Wilt u onderstaande lijst invullen en ondertekend meenemen?
Vanzelfsprekend wordt er discreet met uw gegevens omgegaan.

Achternaam	_____	geboren	____/____/____	Ja	Nee	
Voorletters	_____	m / v		O	O	II
Blad 1 (2)						
Hebt u pijn of knellend gevoel op borst bij inspanning (angina pectoris)?						
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?						
Nemen de klachten de laatste tijd toe?						
Hebt u ook klachten in rust?						
Hebt u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?						
Hebt u een hartinfarct gehad? Welk jaar? _____						
Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?						
Ondervindt u nog steeds klachten?						
Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?						
Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek of acuut reuma (gehad)?						
Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?						
Hebt U een pacemaker aan hart of elders in het lichaam?						
Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?						
Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?						
Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?						
Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?						
Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?						
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?						
Hebt u last van hartzwakte? Zo ja,						
Hebt u 's avonds gezwollen voeten?						
Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?						
Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?						
Moet u na 20 traptreden rusten door kortademigheid?						
Wordt u 's nachts kortademig wakker?						
Hebt u last van hyperventileren?						
Bent u ooit flauwgevallen bij tandheeldige of medische behandeling?						
Hebt u een hoge bloeddruk?						
Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?						
Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?						
Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?						
Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?						
Hebt u verlammingen (beroerte / attaque) of spraakstoornissen gehad?						
Bent u onder controle van een trombosedienst?						
Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?						
Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?						
Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?						
Wisselt u regelmatig van medicijnen?						
Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?						
Hebt u astma? Zo ja,						
Hebt u daar nu last van?						
Helpen de medicijnen voldoende?						
Hebt u slechte longen?						
Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?						
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?						
Bent u kortademig bij opstaan of het aankleden?						
Hebt u hooikoorts?						
Hebt u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen zoals antibiotica-penicilline of medische materialen (rubber, pleisters)?						
Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?						
Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?						
Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?						
Waarvoor bent u allergisch? _____						
Hebt u suikerziekte?						
Gebruikt u insuline?						
Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?						
Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?						

Datum: ____/____/20____

Handtekening: _____

	Ja	Nee	
Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Hebt u ondanks behandeling klachten?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	IV
Bent u zonder minder te gaan eten het laatste half jaar meer dan 6 kg afgevallen			
Bij een goede eetlust?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Heeft U het sneller warm dan mensen in uw omgeving?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Hebt u ondanks behandeling klachten?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Bent u zonder meer te eten, het laatste half jaar meer dan 6 kg aangekomen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Bent U trager geworden?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Bent U kouwelijk geworden?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Hebt u een leverziekte? (b.v. serum hepatitis of hepatitis B)	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Langer dan 6 maanden?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Hebt u daarvoor dieet of medicijnen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	IV
Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Hebt u nierfunctie-vervangende behandeling?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Bent u door chronische maag-darmklachten meer dan 5 kg vermagerd?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Hebt u langer dan 6 maanden diarree ook 's nachts?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Heeft u daarbij koorts?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	IV
Hebt u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Komt het bij U in de familie voor?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Hebt u een kwaadaardige ziekte van lymfeklieren of bloedziekte?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Welke ziekte is dit? Naam: _____			
Heeft u zweertjes of ontstekingen in de mond?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Bent u onder behandeling en desondanks klachten?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Hebt u koorts in aanvallen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	IV
Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Was dit minder dan vijf jaar geleden? Welk jaar? _____	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	III
Welke? Ziekte: _____			
Bent U seropositief / HIV besmet of hebt u AIDS of Hepatitis A,B of C?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Gebruikt u medicijnen? (U kunt ook een kopie van uw medicijnenkaart maken!)	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	Welke medicijnen?
-voor het hart?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
-loopt u bij de trombosedienst?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	1. _____
-tegen hoge bloeddruk?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
-aspirine of andere pijnstillers	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	2. _____
-voor suikerziekte?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
-prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	3. _____
-medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
.penicilline of antibiotica?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	4. _____
-kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
-andere medicijnen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	5. _____
Gebruikte u medicijnen (zogenaamde bifosfonaten) na behandeling van kanker zoals Bonfos, Aredia, Skelide, Zometa of tegen hevige botontkalking (osteoporosis) zoals Fosamoax, Didronel, Actonel, Boniva, Alendroninezuur?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Gebruikt U meer dan 2 x per week aspirine of een middel tegen gewrichtspijn?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Bent U zwanger? Hoeveel weken? _____ weken	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	II
Rookt U? Hoeveel sigaretten? _____ per dag	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Hoeveel glazen alcohol per dag drinkt u? _____ per dag	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Lijdt u aan stress?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Knarsetand of klemt u met de tanden ('s nachts?) (vraag uw partner!)	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Bent u in het verleden aan de tandvleesziekte PARODONTITIS behandeld?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Gebruikt u drugs of hebt u ooit drugs gebruikt? Welke? _____	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> O	
Wie is uw huisarts? Naam _____			
Wie is uw apoheker? Naam _____			

Datum: ____/____/20____

Handtekening: _____