

Medische vragenlijst

16 jaar en ouder

Datum _____

Naam _____

Geboortedatum _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Naam huisarts _____

Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts:

Handtekening ouder/verzorger: _____

Medisch risico uit de anamnese: _____

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden. Voor het verwerken van deze vertrouwelijke gegevens zal er eenmalig administratiekosten in rekening worden gebracht. (C22 - € 4,50)

Is er de afgelopen maanden iets aan je gezondheid veranderd? Ja / Nee

Zo ja, wat? _____

Ben je onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Naam en telefoon van arts/specialist: _____

Ben je de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Heb je ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja / Nee

Zo ja, welke ziekte? _____

Ben je ergens allergisch voor? Ja / Nee

Zo ja, waarvoor? _____

Heb je ooit een hartinfarct gehad? Ja / Nee

Zo ja, wanneer? _____

Heb je last van hartkloppingen?	Ja / Nee
Wordt je voor hoge bloeddruk behandeld?	Ja / Nee
Zo ja, wat is meestal je bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk: _____	
Heb je pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?	Ja / Nee
Heb je last van gezwollen enkels/voeten?	Ja / Nee
Wordt je kortademig als je plat in bed ligt?	Ja / Nee
Ben je bij inspanning snel kortademig?	Ja / Nee
Heb je een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	Ja / Nee
Heb je een (aangeboren) hartafwijking?	Ja / Nee
Heb je een pacemaker (of ICD)?	Ja / Nee
Wordt je gecontroleerd door de trombosedienst?	Ja / Nee
Ben je ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja / Nee
Heb je last van hyperventileren?	Ja / Nee
Heb je last van epilepsie, vallende ziekte?	Ja / Nee
Heb je last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Ja / Nee
Zo ja, ben je daarbij benauwd en/of kortademig?	Ja / Nee
Heb je suikerziekte?	Ja / Nee
Zo ja, gebruik je insuline?	Ja / Nee
Heb je bloedarmoede?	Ja / Nee
Heb je wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	Ja / Nee
Heb je hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Ja / Nee
Heb je een nierziekte?	Ja / Nee
Heb je chronische maag-darmklachten?	Ja / Nee
Heb je een aandoening van de schildklier?	Ja / Nee
Heb je reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Ja / Nee
Heb je momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja / Nee
Zo ja, welke? _____	
Heb je last van neerslachtigheid, depressiviteit?	Ja / Nee
Heb je de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	Ja / Nee
Ben je bestraald voor een tumor in je hoofd en/of hals?	Ja / Nee
Rook je?	Ja / Nee
Zo ja, hoeveel? _____	
Gebruik je alcohol?	Ja / Nee
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____	
Gebruik je drugs of heb je drugs gebruikt?	Ja / Nee
Zo ja, welke? _____	

Heb je een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?

Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

Gebruik je momenteel medicijnen?

Ja / Nee

Zo ja, vermeld hier welke medicijnen je gebruikt: _____

Opmerkingen: _____

Datum: _____

Handtekening: _____