

## GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

NAAM:

GEBOORTE DATUM:

Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee.

Indien u de hoofdvraag (**vetgedrukt**) met nee beantwoord, kunt u de subvragen overslaan.

De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

- |              |  |   |
|--------------|--|---|
| <b>1.</b>    | <b>Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Nemen de klachten de laatste tijd toe?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | c. Hebt u ook klachten in rust?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | d. Hebt u ondanks bypass-operatie, Dotter-procedure of lasertherapie weer agina-<br>pectoris gekregen?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>2.</b>    | <b>Hebt u een hartinfarct gehad?</b> .....   | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Ondervindt u nog steeds klachten?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | c. Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>3.1.</b>  | <b>Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
| <b>3.2.</b>  | <b>Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
| <b>3.3.</b>  | <b>Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?</b> .....   | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>4.</b>    | <b>Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>5.</b>    | <b>Hebt u last van hartzwakte?</b> .....   | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hebt u 's avonds gezwollen voeten?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | d. Wordt u 's nachts kortademig wakker?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>6.</b>    | <b>Hebt u een hoge bloeddruk?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | c. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | d. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>7.</b>    | <b>Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?</b> .....   | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>8.</b>    | <b>Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
| <b>9.</b>    | <b>Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Wisselt u regelmatig van medicijnen?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>10.</b>   | <b>Hebt u last van hyperventileren?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
| <b>11.</b>   | <b>Hebt u astma?</b> .....   | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hebt u daar nu last van?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>12.</b>   | <b>Hebt u slechte longen?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | c. Bent u kortademig bij het aankleden?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| <b>13.1.</b> | <b>Hebt u hooikoorts?</b> .....  | <b>Ja / Nee</b>                             |
| <b>13.2.</b> | <b>Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na<br/>gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?</b> ..... | <b>Ja / Nee</b>                             |
|              | a. Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?.....   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|              | e. Waarvoor bent u allergisch?.....  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

14. **Hebt u suikerziekte?**..... **Ja / Nee**  
a. Gebruikt u insuline?.....    
b. Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglykemie)?.....    
c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?.....
15. **Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?**..... **Ja / Nee**  
a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?.....    
b. Hebt u onlangs behandeling klachten?.....
16. **Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?**..... **Ja / Nee**  
a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?.....    
b. Hebt u onlangs behandeling klachten?.....
17. **Hebt u een leverziekte?**..... **Ja / Nee**  
a. Langer dan 6 maanden?.....    
b. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?.....
18. **Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt?**..... **Ja / Nee**  
a. Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling?.....
19. **Hebt u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?...** **Ja / Nee**  
a. Hebt u langer dan 6 maanden diaree?.....
20. **Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?**..... **Ja / Nee**  
a. Welke?.....
21. **Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?**..... **Ja / Nee**
22. **Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?**..... **Ja / Nee**  
a. Welke?.....    
b. Wordt u hiervoor behandeld?.....    
c. Hebt u koorts in aanvallen?.....
23. **Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?**..... **Ja / Nee**  
a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?.....    
b. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?.....
24. **Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?**..... **Ja / Nee**  
a. Was dit minder dan 5 jaar geleden?.....
25. **Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja, welke?** **Ja / Nee**  
a. Voor het hart?.....    
b. Loopt u bij de trombosedienst?.....    
c. Tegen hoge bloeddruk?.....    
d. Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten).....    
e. Voor suikerziekte?.....    
f. Prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?.....    
g. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten?.....    
h. Penicilline of antibiotica?.....    
i. Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?.....    
j. Andere medicijnen?.....    
k. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?.....    
l. Meer dan 5 alcoholische consumpties?.....
26. **Roekt u?**..... **Ja / Nee**  
a. Hoeveel?..... sigaretten per dag/week

Datum:

Handtekening: