



Gezondheidsvragenlijst

Naam _____ **Geboortedatum** _____

Adres _____

Telefoon _____

Naam huisarts _____

Naam specialist _____

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Zoja, wat?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
2. Bent u onderbehandeling van een arts of specialist? Zoja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
3. Bent u afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis Zoja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zoja, welke	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
5. Bent u ergens allergisch voor? Zoja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
6. Heeft u een hartinfarct gehad? Zoja, wanneer?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7. Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
8. Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk? Zoja, wat is dan meestal uw bloeddruk?	Onderdruk: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Bovendruk: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
12. Bent u bij inspanning snel kortademig?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
13. Heeft u een (aangeboren) hartafwijking?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
14. Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
15. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
16. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige- of medische behandeling?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
17. Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
18. Heeft u last van epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja



19. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (TIA) gehad?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
20. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / nee.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
21. Heeft u suikerziekte? Zo ja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
22. Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
23. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
24. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
25. Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
26. Heeft u chronische maag-darmklachten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
28. Heeft u een aandoening van de schildklier?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
31. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
34. Rookt u? Zo ja, hoeveel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
35. Gebruikt u alcohol? Zo ja, Hoeveel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
37. Bent u zwanger? Zo ja wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
38. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Zo ja, welke? ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
39. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja, welke? Of kopie medicijnlijst bijvoegen.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Volledig naar waarheid en beste weten ingevuld.

Datum _____ Handtekening _____