



## Gezondheidsvragenlijst

Naam \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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 ergens allergisch voor? Zoja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
3. Heeft u een hartinfarct gehad? Zoja, wanneer?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
4. Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
5. Wordt u voor hoge bloeddruk Behandeld? Zoja, wat is dan meestal uw bloeddruk?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
	Onderdruk:      Bovendruk
6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
8. Heeft u een hartgebrek of een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
9. Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
10. Heeft u wel eens een endocarditis doorgemaakt?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
11. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neusstimulator?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige- of medische behandeling?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
13. Heeft u last van epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
14. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (TIA) gehad?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
15. 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
16. Heeft u suikerziekte? Zoja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
17. Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
18. 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



<b>19.</b> Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>20.</b> Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>21.</b> Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>22.</b> Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>23.</b> Rookt u? Zoja, hoeveel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>24.</b> Vrouwen: Bent u zwanger? Zoja wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>25.</b> Vrouwen: Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>26.</b> Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Zoja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>27.</b> Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bifosfonaat of denosumab)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>28.</b> Heeft u een aandoening van de schildklier?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>29.</b> Gebruikt u alcohol? Zoja, Hoeveel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>30.</b> Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zoja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
<b>31.</b> Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zoja, 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 \_\_\_\_\_