

PATIENT:
JA NEE

- 1 Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?
- 2 Bent U onder behandeling van een arts of medisch specialist?
- 3 Bent U de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?
- 4 Heeft U ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?
- 5 Bent U ergens allergisch voor?
- 6 Heeft U een hartinfarct gehad?
- 7 Heeft U last van hartkloppingen?
- 8 Wordt U voor hoge bloeddruk behandeld?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, wat?

Zo ja, waarvoor?

Zo ja, waarvoor?

Zo ja, welke?

Zo ja, waarvoor?

Zo ja, wanneer?

Zo ja, wat is meestal uw bloedr. onderdruk: _____ Bovendruk: _____

- 9 Heeft U pijn op de borst bij inspanning / emotie?
- 10 Heeft U last van gezwollen enkels / voeten?
- 11 Wordt U kortademig als U plat op bed ligt?
- 12 Bent U bij inspanning snel kortademig?
- 13 Heeft U een hartklep of een kunsthartklep?
- 14 Heeft U een aangeboren hartafwijking?
- 15 Heeft U een pacemaker (of ICD) ?
- 16 Wort U gecontroleerd door de trombosedienst?
- 17 Ooit flauwgevallen bij een medische of tandheelk.behandeling ?
- 18 Heeft U last van hyperventileren?
- 19 Heeft U epilepsie, vallende ziekte?
- 20 Heeft U een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad?
- 21 Heeft U last van longklachten zoals astma,bronchitus,chr.whoest?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, bent U daarbij benauwd of kortademig? JA / NEE

Gebruikt u insuline JA / NEE

- 22 Heeft U suikerziekte?
- 23 Heeft U bloedarmoede?
- 24 Heeft U wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?
- 25 Heeft U hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad) ?
- 26 Heeft U een nierziekte?
- 27 Heeft U chronische maagdarm klachten?
- 28 Heeft U een aandoening van de schildklier?
- 29 Heeft U reuma en/of chronische gewrichtsklachten?
- 30 Heeft U momenteel een besmettelijke ziekte?
- 31 Heeft U last van neerslachtigheid, depressiviteit?
- 32 Heeft U de afgelopen jaren een psycholoog/psychiater bezocht?
- 33 Bent U bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?
- 34 Rookt U ?
- 35 Gebruikt U alcohol ?
- 36 Gebruikt U drugs of heeft U drugs gebruikt?
- 37 Vrouwen: Bent U zwanger?
- 38 Heeft U een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?
- 39 Gebruikt U momenteel medicijnen?

JA	NEE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, welke?

Zo ja, hoeveel per dag?

Zo ja, hoeveel glazen p.wEEK?

Zo ja, welke?

Zo ja, uitgerekend?

Zo ja, welke?

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen U gebruikt (tevens ruimte voor opmerkingen)