

# MEDISCHE VRAGENLIJST

Datum: \_\_\_\_\_  
Naam: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts

Medisch risico uit de anamnese: \_\_\_\_\_

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Jouw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja / Nee  
Zo ja, wat? \_\_\_\_\_
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja / Nee  
Zo ja, welke ziekte? \_\_\_\_\_
5. Bent u ergens allergisch voor? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_
6. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja / Nee  
Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_
7. Heeft u last van hartkloppingen? Ja / Nee
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja / Nee  
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: \_\_\_\_\_ Bovendruk: \_\_\_\_\_
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? Ja / Nee
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? Ja / Nee
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Ja / Nee
12. Bent u bij inspanning snel kortademig? Ja / Nee
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja / Nee
14. Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? Ja / Nee
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? Ja / Nee
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? Ja / Nee

17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja / Nee
18. Heeft u last van hyperventileren? Ja / Nee
19. Heeft u last van epilepsie, vallende ziekte? Ja / Nee
20. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad? Ja / Nee
21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee  
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee
22. Heeft u suikerziekte? Ja / Nee  
Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / Nee
23. Heeft u bloedarmoede? Ja / Nee
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? Ja / Nee
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja / Nee
26. Heeft u een nierziekte? Ja / Nee
27. Heeft u chronische maag-darmklachten? Ja / Nee
28. Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja / Nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / Nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja / Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
31. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? Ja / Nee
32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? Ja / Nee
33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja / Nee
34. Rookt u? Ja / Nee  
Zo ja, hoeveel? \_\_\_\_\_
35. Gebruikt u alcohol? Ja / Nee  
Zo ja, hoeveel glazen per week? \_\_\_\_\_
36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja / Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
37. Vrouwen: bent u zwanger? Ja / Nee  
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? \_\_\_\_\_
38. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
39. Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja / Nee  
Zo ja, vermeld hier welke medicijnen u gebruikt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_