

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Datum:

Naam:

Geboortedatum:

Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

- 1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?** Ja / Nee
- a. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? Ja / Nee
- b. Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja / Nee
- c. Hebt u ook klachten in rust? Ja / Nee
- d. Hebt u ondanks bypass-operatie, Dotter-procedure of lasertherapie weer agina-pectoris gekregen? Ja / Nee
- 2. Hebt u een hartinfarct gehad?** Ja / Nee
- a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? Ja / Nee
- b. Ondervindt u nog steeds klachten? Ja / Nee
- c. Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? Ja / Nee
- 3.1. Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?** Ja / Nee
- 3.2. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?** Ja / Nee
- 3.3. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?** Ja / Nee
- a. Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja / Nee
- b. Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? Ja / Nee
- 4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?** Ja / Nee
- a. Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen? Ja / Nee
- b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen? Ja / Nee
- 5. Hebt u last van hartzwakte?** Ja / Nee
- a. Hebt u 's avonds gezwollen voeten? Ja / Nee
- b. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren? Ja / Nee
- c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt? Ja / Nee
- d. Wordt u 's nachts kortademig wakker? Ja / Nee
- 6. Hebt u een hoge bloeddruk?** Ja / Nee
- a. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200? Ja / Nee
- b. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115? Ja / Nee
- c. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? Ja / Nee
- d. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? Ja / Nee

Kim Boom en Ilse Beuker
Botenlaan 42
5652 CA Eindhoven
Tel: (040) 292 88 55
Fax: (040) 292 88 60
Website www.cvmhe.nl

- 7. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?** Ja / Nee
- a. Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? Ja / Nee
- b. Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? Ja / Nee
- 8. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?** Ja / Nee
- 9. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?** Ja / Nee
- a. Wisselt u regelmatig van medicijnen? Ja / Nee
- b. Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? Ja / Nee
- 10. Hebt u last van hyperventileren?** Ja / Nee
- 11. Hebt u astma?** Ja / Nee
- a. Hebt u daar nu last van? Ja / Nee
- 12. Hebt u slechte longen?** Ja / Nee
- a. Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op? Ja / Nee
- b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? Ja / Nee
- c. Bent u kortademig bij het aankleden? Ja / Nee
- 13.1. Hebt u hooikoorts?** Ja / Nee
- 13.2. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?** Ja / Nee
- a. Gebruikt u voor uw allergie medicijnen? Ja / Nee
- b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Ja / Nee
- c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? Ja / Nee
- d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? Ja / Nee
- e. Waarvoor bent u allergisch? Ja / Nee
- 14. Hebt u suikerziekte?** Ja / Nee
- a. Gebruikt u insuline? Ja / Nee
- b. Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglykemie)? Ja / Nee
- c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte? Ja / Nee
- 15. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?** Ja / Nee
- a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja / Nee
- b. Hebt u onlangs behandeling klachten? Ja / Nee
- 16. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?** Ja / Nee
- a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja / Nee
- b. Hebt u onlangs behandeling klachten? Ja / Nee
- 17. Hebt u een leverziekte?** Ja / Nee
- a. Langer dan 6 maanden? Ja / Nee

- b. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? Ja / Nee
- 18. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt?** Ja / Nee
a. Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling? Ja / Nee
- 19. Hebt u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?** Ja / Nee
a. Hebt u langer dan 6 maanden diaree? Ja / Nee
- 20. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?** Ja / Nee
a. Welke? Ja / Nee
- 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? Ja / Nee
b. Wordt u hiervoor behandeld? Ja / Nee
c. Hebt u koorts in aanvallen? Ja / Nee
- 23. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?** Ja / Nee
a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? Ja / Nee
b. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken? Ja / Nee
- 24. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?** Ja / Nee
a. Was dit minder dan 5 jaar geleden? Ja / Nee
- 25. Gebruikt u op dit moment medicijnen?** Ja / Nee
a. Voor het hart? Ja / Nee
b. Loopt u bij de trombosedienst? Ja / Nee
c. Tegen hoge bloeddruk? Ja / Nee
d. Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten) Ja / Nee
e. Voor suikerziekte? Ja / Nee
f. Prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen? Ja / Nee
g. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? Ja / Nee
h. Penicilline of antibiotica? Ja / Nee
i. Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? Ja / Nee
j. Andere medicijnen? Ja / Nee
k. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen? Ja / Nee
l. Meer dan 5 alcoholische consumpties? Ja / Nee
- 26. Rookt u?** Ja / Nee
a. Hoeveel? Ja / Nee

Handtekening: