



Mw. A.G.M. Bouwman, M.Sc.

Dhr. J.J.J. Rotteveel, M.Sc.

Mw. D. de Groot-Kuin, M.Sc.

St. Annastraat 255

6525 GR Nijmegen

Tel: 024-3604226

E-mail: info@pven.nl

Website: www.pven.nl

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam _____ ☐ m ☐ v
Adres _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Geboortedatum _____
BSN _____

Huistandarts _____
Huisarts _____
Specialist (eventueel) _____

Omcirkel bij de onderstaande vragen (Ja) of (Nee). Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld.

- 1 Heeft u **pijn of een knellend gevoel op de borst** bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
 - a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen? ☐ Ja ☐ Nee
 - b. Nemen de klachten de laatste tijd toe? ☐ Ja ☐ Nee
 - c. Heeft u ook klachten in rust? ☐ Ja ☐ Nee
 - d. Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? ☐ Ja ☐ Nee
- 2 Heeft u een **hartinfarct** gehad? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
 - a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? ☐ Ja ☐ Nee
 - b. Ondervindt u nog steeds klachten? ☐ Ja ☐ Nee
 - c. Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct? ☐ Ja ☐ Nee
- 3.1 Heeft u **hartruis** of een **hartklepgebrek**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
 - a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen? ☐ Ja ☐ Nee
- 3.2 Heeft u een **kunsthartklep, pacemaker of kunstheup**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
 - a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen? ☐ Ja ☐ Nee

- 3.3 Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan? ☐ Ja ☐ Nee
4. Heeft u **zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? ☐ Ja ☐ Nee
5. Heeft u last van **hartzwakte**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Heeft u 's avonds gezwollen voeten? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren? ☐ Ja ☐ Nee
- c. Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders kortademig wordt? ☐ Ja ☐ Nee
- d. Wordt u 's nachts kortademig wakker? ☐ Ja ☐ Nee
6. Heeft u een **hoge bloeddruk**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Is uw *bovendruk* meestal tussen 160 en 200? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Is uw *onderdruk* meestal tussen 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
7. Heeft u **verlammingen** (beroertes of attaque) of **spraakstoornissen** gehad? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan hebben? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft 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**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Wisselt u regelmatig van medicijnen? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen? ☐ Ja ☐ Nee
10. Heeft u last van **hyperventileren**? ☐ Ja ☐ Nee
11. Heeft u **astma**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Heeft u daar nu last van? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft u koorts in aanvallen? ☐ Ja ☐ Nee
12. Heeft u **slechte longen**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Hoest u meer dan één 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 Heeft u **hooikoorts**? ☐ Ja ☐ Nee



- 13.2 Heeft u ooit een **allergische reactie** gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? Zo ja, waarvoor ☐ Ja ☐ Nee
- a. Gebruikt u medicijnen voor uw allergie? Zo ja, welke? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke? ☐ Ja ☐ Nee
- c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? ☐ Ja ☐ Nee
- d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? ☐ Ja ☐ Nee
- e. Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor? ☐ Ja ☐ Nee
14. Heeft u **suikerziekte**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Gebruikt u insuline? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycemie)? ☐ 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? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten? ☐ Ja ☐ Nee
16. Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten? ☐ Ja ☐ Nee
17. Heeft u een **leverziekte**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Langer dan 6 maanden? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? ☐ Ja ☐ Nee
18. Heeft u een **chronische nierziekte**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Heeft u een nierfunctievervangende behandeling? ☐ Ja ☐ Nee
19. Heeft u **chronische maagdarmklachten** waarbij u meer dan 5 kg bent vermagerd? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Heeft u langer dan 6 maanden diarree? ☐ Ja ☐ Nee
20. Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**? Zo ja, welke? ☐ Ja ☐ Nee
- a. Zo ja, welke? ☐ Ja ☐ Nee
21. Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)? ☐ Ja ☐ Nee
22. Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**? ☐ Ja ☐ Nee
- a. Zo ja, welke? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Wordt u hiervoor behandeld? ☐ Ja ☐ Nee
23. Is bij u een **bloedingsneiging** vastgesteld? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
- a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? ☐ Ja ☐ Nee
- b. Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? ☐ Ja ☐ Nee

24. Bent u **bestraald** voor een **tumor of gezwel aan uw hoofd of hals**? Zo ja, ☐ Ja ☐ Nee
 a. Was dit korter dan vijf jaar geleden? ☐ Ja ☐ Nee
25. Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? Indien u met ja antwoord, geeft u dan ook aan welke medicijnen u gebruikt. ☐ Ja ☐ Nee
- Voor het hart? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Loopt u bij de trombosedienst? Zo ja, bij welke dienst en welke middelen in welke dosering? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Tegen hoge bloeddruk? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Gebruikt u regelmatig aspirine? Zo ja, hoe vaak? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Gebruikt u pijnstillers? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Voor suikerziekte? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Penicilline of antibiotica? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Kalmerende middelen, slaaptabletten of antidepressiva? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Andere medicijnen? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Gebruikt u dagelijks verdovende middelen? _____ ☐ Ja ☐ Nee
 - Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag? _____ ☐ Ja ☐ Nee
26. **Rookt** u? Zo ja, hoeveel? _____ ☐ Ja ☐ Nee
27. Bestaat de mogelijkheid dat u **zwanger** bent? ☐ Ja ☐ Nee
28. Heeft u een **ziekte, aandoening of stoornis waar niet naar is gevraagd**? ☐ Ja ☐ Nee
 a. Zo ja, welke? _____

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.

Datum: _____

Handtekening patiënt: _____

Naam en handtekening behandelaar: _____