

Naam:

Geslacht:

Geboortedatum:

Tandarts:

Huisarts:



Ik heb de onderstaande gegevens naar
waarheid ingevuld:

Datum:

Handtekening:

**Kruis bij de volgende vragen (01 t/m 39)
het antwoord aan dat het meest van
toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden
zullen vertrouwelijk worden behandeld.**

	Ja	Nee
01 Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Zo ja, wat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zo ja, welke ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja, moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk: onderdruk:.....bovendruk:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Bent u bij inspanning snel kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Heeft u een kunstnie of een kunstheup? Zo ja, heeft deze operatie in de afgelopen maanden plaatsgevonden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nee
19 Heeft u epilepsie? Zo ja, wisselt u vaak van medicijnen? Heeft u ondanks medicijngebruik last van aanvallen? Wanneer heeft u de laatste aanval gehad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20 Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22 Heeft u diabetes (suikerziekte)? Zo ja, gebruikt u insuline? Bent u vaak ontregeld?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23 Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Heeft u chronische maag-darmklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Heeft een aandoening van de schildklier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? Heeft u last van een hoge hoeveelheid stress?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32 Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Vrouwen: bent u zwanger? Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt (tevens ruimte voor opmerkingen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>