

- 1 Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 2 Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 3 Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 4 Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 5 Bent u ergens allergisch voor?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 6 Heeft u een hartinfarct gehad?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 7 Heeft u last van hartkloppingen?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 8a Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- b Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk \_\_\_\_\_
- 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 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 epilepsie, vallende ziekte?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 20 Heeft u weleens een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 21 Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronisch hoesten?  
a Ben u daarbij benauwd of kortademig?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 22a Heeft u suikerziekte?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- b Gebruikt u insuline?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 23 Heeft u bloedarmoede?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 24 Heeft u weleens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 25 Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 26 Heeft u HIV?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 27 Heeft u een nierziekte?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 28 Heeft u chronische maagdarmklachten?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 29 Heeft u een aandoening van de schildklier?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 30 Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 31 Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 32 Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 33 Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychaiter bezocht?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 34 Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 35 Rookt u? Zo ja, hoeveel?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 36 Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 37 Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 38 Bent u zwanger? Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 39 Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- 40a **Gebruikt u momenteel medicijnen?**  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- b Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_