

Gezondheidsvragenlijst

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

Zorgverzekering en verzekeringsnummer:

1. Is er in de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Nee | ja
Zo ja, wat?

-
2. Zijn er allergieën bij u bekend? Nee | ja
Zo ja, welke?

-
3. Heeft u (ooit) een hartinfarct gehad? Nee | ja
4. Heeft u last van hartkloppingen? Nee | ja
5. Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk? Nee | ja
6. Heeft u pijn op de borst bij inspanningen? Nee | ja
7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? Nee | ja
8. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? Nee | ja
9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? Nee | ja
10. Heeft u in het verleden een endocarditis gehad? Nee | ja
11. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Nee | ja
12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheeldkundige-
of medische behandeling? Nee | ja
Zo ja, wanneer?

-
13. Heeft u epilepsie? Nee | ja
14. Heeft u (ooit) een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? Nee | ja
15. Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of
chronische hoest? Nee | ja
16. Heeft u suikerziekte? Nee | ja
17. Heeft u bloedarmoede? Nee | ja
18. Heeft u langdurige bloedingen gehad na het trekken
van tanden of kiezen of na een medische operatie? Nee | ja
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Nee | ja

- | | |
|---|----------|
| 20. Heeft u een nierziekte? Zo ja, welke? | Nee ja |
| 21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | Nee ja |
| 22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? | Nee ja |
| 23. Rookt u? | Nee ja |
| 24. <i>Voor vrouwen:</i> bent u zwanger? | Nee ja |
| 25. <i>Voor vrouwen:</i> geeft u borstvoeding? | Nee ja |
| 26. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd?
Zo ja, welke? | Nee ja |
-

- | | |
|---|----------|
| 27. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen
o.a. botontkalking (Bisfosfonaten of Denosumab)? | Nee ja |
| 28. Gebruikt u medicijnen?
Zo ja, welke? | Nee ja |
-