

Achternaam + voorletters : m / v

Meisjesnaam :

Roepnaam :

Geboortedatum :

Adres + huisnummer :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoon nr: :

Mobiel tel. nr. :

Zorgverzekeraar :

Polis nummer :

BSN nr. :

Is er de afgelopen maand iets aan uw gezondheid veranderd? J N
 Zo ja, wat?

Bent u onder behandeling van een arts of een medisch specialist J N
 Zo ja, waarvoor?

Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? J N
 Zo ja, waarvoor?

Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? J N
 Zo ja, welke ziekte?

Bent u ergens allergisch voor? J N
 Zo ja, waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad? J N
 Zo ja, wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen? J N

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? J N
 Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk? onderdruk:..... bovendruk.....

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? J N

Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? J N

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? J N

Bent u bij inspanning snel kortademig? J N

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	J	N
Heeft u een (aangeboren) hartafwijking?	J	N
Heeft u een pacemaker (of ICD)?	J	N
Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	J	N
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	J	N
Heeft u last van hyperventileren?	J	N
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	J	N
Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?	J	N
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	J	N
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?	J	N
Heeft u suikerziekte?	J	N
Zo ja, gebruikt u insuline?	J	N
Heeft u bloedarmoede?	J	N
Heeft u weleens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	J	N
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)	J	N
Heeft u een nierziekte?	J	N
Heeft u chronische maag-darmklachten?	J	N
Heeft u een aandoening van de schildklier?	J	N
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	J	N
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	J	N
Zo ja, welke?		
Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	J	N
Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	J	N
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	J	N
Rookt u?	J	N
Zo ja, hoeveel?		
Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	J	N
Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	J	N
Zo ja, welke?		
Vrouwen: bent u zwanger?	J	N
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?		

Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? J N
Zo ja, welke?

Gebruikt u momenteel medicijnen? J N
Zo ja, welke?

Datum:Handtekening:.....