

Gegevens patiënt: M ☐ V ☐

Achternaam:.....

Voornaam:.....

Adres:.....

Postcode:.....

Plaats:.....

Geboortedatum:.....

Telefoon privé:.....

Telefoon werk:.....

BSN nummer:.....

Reden verwijzing / wens patiënt:

.....

.....

Gezondheidsvragenlijst

1. Heeft u een ziekte of aandoening, zo ja welke?

.....

.....

.....

2. Gebruikt u (dagelijks) medicijnen? Ja ☐ Nee ☐

(graag ook uw medicatielijst opvragen bij de apotheek)

Zo ja, welke? Waarvoor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of na medische materialen? Ja ☐ Nee ☐

Waarvoor bent u allergisch?.....

• Wordt de allergie met medicijnen behandeld? Ja ☐ Nee ☐

• Is de allergie opgetreden bij verdoving? Ja ☐ Nee ☐

• Is de allergie opgetreden bij antibiotica? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u hooikoorts? Ja ☐ Nee ☐

4. Bent u het laatste jaar onder behandeling geweest van Huisarts of specialist? Ja ☐ Nee ☐

• Wat is de aard van de klachten?.....

• Welke specialist?.....

.....

5. Gebruikt u homeopathische middelen? Ja ☐ Nee ☐

Zo ja, welke?.....

.....

.....

6. Heeft u recent nog antibioticum gebruikt? Ja ☐ Nee ☐

Zo ja, welke?.....

.....

.....

7. Heeft u pijn op de borst of knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u activiteiten moeten verminderen? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u ook klachten in rust? Ja ☐ Nee ☐

• Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja ☐ Nee ☐

Gegevens artsen:

Naam tandarts:

Adres:.....

Naam huisarts:

Adres:.....

Naam apotheek:.....

Adres:.....

8. Heeft u ooit een hartinfarct gehad? Ja ☐ Nee ☐

• Ondervindt u daarvan nog steeds klachten? Ja ☐ Nee ☐

• Waren er daarna nog complicaties? Ja ☐ Nee ☐

• Had u in de laatste 6 maanden een infarct? Ja ☐ Nee ☐

• Wordt u 's nachts kortademig wakker? Ja ☐ Nee ☐

9. Is bij u een hartruis of een hartklepgebrek vastgesteld? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u klachten ten gevolge hiervan? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u met tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja ☐ Nee ☐

.....

10. Heeft u een hart/ vaat implantaat? Ja ☐ Nee ☐

• Welk type implantaat? vaatprothese/ stent ☐

biologische hartklep ☐ kunsthartklep ☐

• Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja ☐ Nee ☐

.....

.....

11. Heeft u last van hartfalen? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u last van systolisch hartfalen (zwakke hartspier)? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u last van diastolisch hartfalen (stijve hartspier)? Ja ☐ Nee ☐

.....

.....

12. Heeft u een hartritmestoornis? Ja ☐ Nee ☐

• Welk hulpmiddel heeft u? Pacemaker ☐ Defibrillator ☐ ICD ☐

13. Heeft u een hoge bloeddruk? Ja ☐ Nee ☐

.....

14. Wordt u momenteel gecontroleerd door de trombosedienst? Ja ☐ Nee ☐

• Telefoonnummer trombosedienst:.....

• Wat is uw INR-waarde?.....

.....

15. Is bij u een afwijkende bloedsneiging vastgesteld? Ja ☐ Nee ☐

• Bloedt u langer dan een uur na verwondingen of ingrepen? Ja ☐ Nee ☐

• Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u of één van uw familieleden bloedstollingsziektes? Ja ☐ Nee ☐

.....

.....

.....

16. Heeft u een hersenbloeding, herseninfarct, of TIA gehad? Ja ☐ Nee ☐

• Duurde de klachten korter dan 24 uur? Ja ☐ Nee ☐

• Heeft u de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? Ja ☐ Nee ☐

.....

.....

