



## GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

### Gegevens patiënt

Achternaam / Voorletters: \_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Specialist: \_\_\_\_\_

**Streep a.u.b. door wat niet van toepassing is.  
Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld.**

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? **Ja / Nee**

*Zo ja, waarvoor?* \_\_\_\_\_

Bent u ergens allergisch voor? **Ja / Nee**

*Zo ja, waarvoor?* \_\_\_\_\_

Heeft u een hartinfarct gehad? **Ja / Nee**

*Zo ja, wanneer?* \_\_\_\_\_

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/ of bij emoties? **Ja / Nee**

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? **Ja / Nee**

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? **Ja / Nee**

Heeft u een aangeboren hartafwijking? **Ja / Nee**

Heeft u een pacemaker (of ICD)? **Ja / Nee**

Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? **Ja / Nee**

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? **Ja / Nee**

Heeft u epilepsie ( vallende ziekte) ? **Ja / Nee**

Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte gehad? **Ja / Nee**

Heeft u suikerziekte? **Ja / Nee**

*Zo ja, gebruikt u insuline?* **Ja / Nee**

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? **Ja / Nee**



Heeft u een nierziekte? **Ja / Nee**

Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? **Ja / Nee**

*Zo ja, welke?*

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en / of hals? **Ja / Nee**

Rookt u? **Ja / Nee**

*Zo ja, hoeveel per dag?*

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? **Ja / Nee**

*Zo ja, welke?*

Vrouwen: Bent u zwanger? **Ja / Nee**

*Zo ja, wanneer bent u uitgerkend?*

Gebruikt u momenteel medicijnen? **Ja / Nee**

*Zo ja, welke medicijnen gebruikt u? En waarvoor?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ingevuld te:** **Datum:**

**Handtekening:**

Deze gezondheidsvragenlijst bij uw eerste afspraak meebrengen