



Naam	<input type="text"/>	Verzekeringsmaatschappij	<input type="text"/>
Geb.datum	<input type="text"/>	Verzekering nummer	<input type="text"/>
BSN	<input type="text"/>	Huisarts	<input type="text"/>
Beroep	<input type="text"/>		

Gezondheidsvragenlijst

Graag dit formulier invullen, uitprinten en meenemen naar onze praktijk.

Mailen mag ook: info@verwijspraktijkwaterland.nl ovv gezondheidsformulier.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja Nee
Zo ja, wat? _____
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja Nee
Zo ja, waarvoor? _____
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja Nee
Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja Nee
Zo ja, welke ziekte? _____
5. Bent u ergens allergisch voor? Ja Nee
Zo ja, waarvoor? _____
6. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja Nee
Zo ja, wanneer? _____
7. Heeft u last van hartkloppingen? Ja Nee
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja Nee
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? _____ onderdruk: _____ bovendruk: _____
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 in bed 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 wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Ja Nee
21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? _____ Ja Nee
22. Heeft u suikerziekte? Ja Nee
Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / Nee
23. Heeft u bloedarmoede? Ja Nee
24. Heeft u wel eens 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 een nierziekte? Ja Nee
27. Heeft u chronische maagdarmklachten? Ja Nee
28. Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja Nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja Nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?
Zo ja, welke? _____ Ja Nee
31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja Nee
32. Rookt u? Ja Nee
Zo ja, hoeveel per dag?
33. Gebruikt u alcohol? Ja Nee
Zo ja, hoeveel glazen per week?
34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja Nee
Zo ja, welke? _____
35. Vrouwen: bent u zwanger? Ja Nee
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?
36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja Nee
37. Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja Nee
Zo ja, welke? _____
38. Heeft u last van botontkalking of enige andere vorm van botafwijking? Ja Nee
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt: _____

Overige opmerkingen

Handtekening

Datum