

Vragenlijst voor de patiënt

| | | |
|------------|-------|----------------------------------|
| Naam:..... | M / V | Geboortedatum:/...../..... |
|------------|-------|----------------------------------|

Beantwoord onderstaande vragen. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

| | |
|--|--|
| Hoe oud bent u? jaar | |
| Hebt u een te hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Hebt u diabetes (suikerziekte)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 55 jaar (gehad)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Rookt u? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Eet u dagelijks groenten en fruit? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Komt u aan 30 min lichaamsbeweging per dag? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Wat is uw lengte en gewicht? |m kg |
| Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4.5kg of meer? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Is uw vaccinatie tegen pneumokokken meer dan 10 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
| Bent u hart-,long- of nierpatiënt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Wanneer kreeg u uw laatste griepvaccinatie? | datum: |
| Wanneer kreeg u uw laatste vaccinatie tegen hepatitis A&B. | datum:..... |
| Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee datum:..... |
| Voor vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee datum:..... |
| Komen darmkanker of – poliepen voor bij uw vader,moeder,broer of zus? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Drinkt u alcohol? Zoja, hoeveel glazen per week? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee glazen/week |
| Hebt u het voorbije jaar meer alcoholhoudende dranken gedronken of meer geneesmiddelen genomen dan u wilde? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of geneesmiddelen innemen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Voelt u zich soms neerslachtig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

| | |
|--|-------------------------------|
| | |
| Biologie: glycemie >65 jaar Creatinine / proteïnurie Lipiden >50jaar |/..... |
| Belangrijke antecedenten: | |
| Actieve ziekten: | |
| Huidige chronische medicatie: | |

RR:

Gewicht:

BMI:

Buikomtrek: