

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Patiënt gegevens:

Voorletters en Naam: Dhr. / Mevr.
Geboortedatum BSNnr:.....
Adres, postcode, woonplaats
Telefoonnummer
Naam zorgverzekeraarNr:.....
Tandartste.....
Huisartste.....
Bent u momenteel onder behandeling bij een arts / specialist? O Ja O Nee
Zoja, waarvoor?

Vragen over uw medisch verleden

Heeft u één of meerdere van de onderstaande aandoeningen (gehad) ?

Aangeboren hartafwijking	O Ja	O Nee	Acuut reuma	O Ja	O Nee
Klepprothese/ -gebreken	O Ja	O Nee	Flauwvallen / Wegraken	O Ja	O Nee
Hartinfarct	O Ja	O Nee	Epilepsie	O Ja	O Nee
Pacemaker	O Ja	O Nee	Besmettelijke ziekte	O Ja	O Nee
Endocarditis	O Ja	O Nee	Trombose / Longembolie	O Ja	O Nee
Angina Pectoris	O Ja	O Nee	Astma / Bronchitis	O Ja	O Nee
Hoge / Lage Bloeddruk	O Ja	O Nee	Diabetes (type)	O Ja	O Nee
Hersenbloeding of -infarct	O Ja	O Nee	Leverafwijking	O Ja	O Nee
Bloedarmoede	O Ja	O Nee	Hepatitis (type)	O Ja	O Nee
Hemofilie	O Ja	O Nee	Afwijkingen van de milt	O Ja	O Nee
Leukemie	O Ja	O Nee	Afwijkingen van de schildklier	O Ja	O Nee
Tumor in hoofd- / halsstreek	O Ja	O Nee	Afwijkingen van de nieren	O Ja	O Nee
Tumor elders in het lichaam	O Ja	O Nee	Afwijkingen van Maag/Darmen	O Ja	O Nee
Tumor bestraald	O Ja	O Nee	Transplantatie	O Ja	O Nee

Rookt u? Zo ja, hoeveel? O Ja O Nee

Heeft u medische voorzieningen zoals bijv. een kunstheup)? O Ja O Nee

Bent u recent geopereerd? Zo ja, waarvoor? O Ja O Nee

Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor? O Ja O Nee

Bent u momenteel zwanger? O Ja O Nee

Heeft u wel eens een abnormale reactie op verdoving gehad? O Ja O Nee

Heeft u ooit last gehad van nabloedingen na het trekken van
gebitselementen, operaties of verwondingen? O Ja O Nee

Gebruikt u bloedverduunners? O Ja O Nee

Bent u onder controle bij de trombosedienst? O Ja O Nee

Is er iets uit uw medische geschiedenis dat belangrijk is om te
vermelden? Zo ja, wat? O Ja O Nee

Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja, welke? O Ja O Nee

.....

.....

Datum:

Handtekening patiënt: