

NAAM _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____

1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? J/N

- a. Hebt u uw activiteiten moeten minderen? J/N
- b. Hebt u ook klachten in rust? J/N
- c. Nemen de klachten de laatste tijd toe? J/N

2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? J/N

- a. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? J/N
- b. Hebt u in de laatste 6 maanden geleden een hartinfarct gehad? J/N

3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? J/N

- a. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep? J/N
- b. Hebt u langer dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? J/N
- c. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? J/N

4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? J/N

- a. Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? J/N
- b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? J/N

5. Hebt u problemen met platliggen (hartfalen)? J/N

- a. Wordt u bij het platliggen kortademig? J/N
- b. Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? J/N

6. Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad? J/N

- a. Is de bovendruk meestal tussen 16 en 20? J/N
- b. Is de onderdruk meestal tussen 9.5 en 11.5? J/N
- c. Is de bovendruk meestal 20 of hoger? J/N
- d. Is de onderdruk meestal 11.5 of hoger? J/N

7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? J/N

- a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen? J/N
- b. Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? J/N

8. Hebt u epilepsie?

- a. Wisselt u regelmatig van medicijnen? J/N
- b. Hebt u ondanks de medicijnen regelmatig aanvallen? J/N

9. Hebt u astma? J/N

- a. Gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalers? J/N
- b. Bent u kortademig? J/N

10. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? J/N

- a. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? J/N
- b. Bent u kortademig bij het aankleden? J/N

11. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex(rubber), tandheekundige-of medische materialen of iets anders? J/N

- a. Bezocht u tijdens deze reactie een arts of ziekenhuis? J/N
- b. Was het tijdens een tandheekundige behandeling? J/N
- c. Waarvoor bent u allergisch? _____

12. Hebt u suikerziekte? J/N

- a. Gebruikt u insuline? J/N
- b. Bent u vaak 'ontregeld'? J/N

13. Hebt u een schildklierziekte? J/N

- a. Is dit een vertraagde functie? J/N
- b. Is dit een versterkte functie? J/N

14. Hebt u nu of in het verleden een leverziekte gehad? J/N

- a. Zo ja, welke _____
- b. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? J/N

15. Hebt u een nierziekte? J/N

- a. Zo ja, welke? _____
- b. Hebt u een nierfunctievervangende behandeling (dialyse)? J/N
- c. Hebt u een niertransplantaat? J/N

16. Hebt u nu of hebt u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor) of bloedziekte gehad? J/N

- a. Zo ja, welke _____
- b. Bent u in behandeling? J/N
Welke? _____
- c. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals J/N
Zo ja, wanneer? _____

17. Hebt u last van hyperventileren? J/N

18. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? J/N

19. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid) J/N

20. Gebruikt u op dit moment medicijnen op voorschrift of zelf aangekocht? J/N

Zo ja, welke, waarvoor en dosis?
Voor het hart?

Gebruikt u bloedverdunners? _____

Tegen Hoge bloeddruk? _____

Aspirine of andere pijnstillers? _____

Voor suikerziekte? _____

Voor allergie? _____

Prednison, cortisone of andere afweerremmende middelen? _____

Tegen huid-, darm-, of reumatische ziekten? _____

Medicijnen tegen kanker of bloedziekten? _____

Penicilline of een ander antibioticum? _____

Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen? _____

Gebruikt u drugs? _____

Andere medicijnen? _____

21. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent? J/N

Zo ja, hoeveel weken? _____

22. Rookt u? J/N

23. Zijn er andere zaken die hierboven niet vermeld zijn die u graag wenst te vernoemen?
