

Medische vragenlijst (nieuwe inschrijving)

Deze vragenlijst is bestemd voor uw huisarts. Wij willen graag snel een goed en volledig overzicht krijgen van uw voorgeschiedenis, uw gezondheid en persoonlijke situatie. Daarom vragen wij u deze vragenlijst in te vullen. Graag voor alle volwassen gezinsleden of huisbewoners een aparte medische vragenlijst in vullen.

Vragen die u niet wenst te beantwoorden kunt u open laten.

Persoonlijke gegevens

Naam:	Voorletters:
Geboortedatum:	

Gezins-woonverband

O Alleenwonend	
O Samenwonend	Met:
O Gehuwd	Met:
O Gescheiden	Sinds:
O Weduwe/weduwnaar	Sinds:

Kinderen

O Ja	O Nee
------	-------

Werk

Wat is uw beroep (geweest)?

Gezondheid en ziekten

Hebt u ooit klachten gehad van, of lijdt u aan	Ja/Nee	Sinds:
Diabetes		
Longziekten (astma, chronische bronchitis, COPD, emfyseem, tbc)		
Hoge bloeddruk		
Kanker		
Hart- en vaatziekten		
Overspannen		
Depressie of angsten		
Eetstoornis		
Lever- of darmziekten		
Aanhoudende gewrichtsklachten		
Geslachtsziekten (soa)		
Schildklierziekten		
Andere ernstige ziekten, Zo ja, Welke:		

Bent u op dit moment of in het verleden onder behandeling van een specialist geweest?

Ja	Specialisme:	Ziekte:
	Specialisme:	Ziekte:
	Specialisme:	Ziekte:
	Specialisme:	Ziekte:
	Specialisme:	Ziekte:

Gebruikt u medicijnen? (hiermee worden ook medicijnen bedoeld die u regelmatig zelf koopt bij apotheek of drogist)	
Ja	Medicijnen:
	Medicijnen:
	Medicijnen:
Bent u overgevoelig (allergisch):	
Zo ja, waarvoor?	
Hebt u het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad? (griep prik)	
Ja, reden?	
Heeft u als kind de inentingen via het consultatiebureau gehad ?	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee
Hebt u de afgelopen jaren nog andere vaccinaties gehad i.v.m. uw werk, of een reis naar het buitenland (bv: tetanus, hepatitis A hepatitis B, TBC, gele koorts, tyfus)?	
Ja	Welke: Wanneer:
Bent u weleens opgenomen geweest in een ziekenhuis of andere zorginstelling?	
Ja , waarvoor?	
Rookt u?	
<input type="radio"/> Nee	
<input type="radio"/> Ja	Aantal sigaretten per dag:
Gebruikt u alcohol?	
<input type="radio"/> Nee	
<input type="radio"/> Ja	Aantal glazen per week:
Gebruikt u drugs?	
<input type="radio"/> Nee	
<input type="radio"/> Ja	Welke:
Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksuele) mishandeling of geweld?	

Hebt u in uw leven andere ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt waarvan u vindt dat uw huisarts dit moet weten (bv. verlies van dierbaren, verkeersongevallen, arbeidsongeschiktheid, (seksueel) geweld, natuurrampen)		
Heeft u ooit een darmonderzoek (coloscopie) gehad		
Welk jaar		
<input type="radio"/> Nee		
<input type="radio"/> Ja	In het Jaar: _____	
Voor vrouwen: is er ooit een uitstrijkje van uw baarmoedermond gemaakt?		
<input type="radio"/> Nee		
<input type="radio"/> Ja	In het Jaar: _____	
Is er ooit een foto van uw borsten (mammografie) gemaakt?		
<input type="radio"/> Nee		
<input type="radio"/> Ja	In het jaar: _____	
	Uitslag Mammografie: _____	
Ziekten die in uw familie voorkomen:		
Diabetes	Ja / Nee	Bij wie: _____
Hoge bloeddruk	Ja / Nee	Bij wie: _____
Hart- en vaatziekten	Ja / Nee	Bij wie: _____
Beroerte of hersenbloeding	Ja / Nee	Bij wie: _____
Astma/COPD	Ja / Nee	Bij wie: _____
Nierziekten	Ja / Nee	Bij wie: _____
Psychische ziekten	Ja / Nee	Bij wie: _____
Kanker	Ja / Nee	Bij wie: _____ Soort: _____
Ruimte voor aanvullende opmerkingen voor uw huisarts:		

Alle bovenstaande gegevens vallen onder het medische beroepsgeheim.