

		JA	NEE
5.	Hebt U een hoge bloeddruk?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	Zo ja: - Weet U de hoogte van Uw bloeddruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- Is de bovendruk meestal 200 of hoger?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
	- Is de onderdruk meestal 95 of hoger?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
	- Is de onderdruk meestal 115 of hoger?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II/III)
6a.	Hebt U een onregelmatige hartslag?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
6b.	Hebt U zonder grote inspanning aanvallen van hartkloppingen?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	Zo ja: - Bent U onder controle bij een trombosedienst?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
	- Moet U Uw activiteiten verminderen tijdens de aanvallen of moet U dan gaan zitten of liggen?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
	- Wordt U bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
7.	Hebt U last van hartzwakte? (decompensatiocordis)	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	Zo ja: - Hebt U 's avonds gezwollen enkels?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	- Moet U 's avonds meer dan 2x urineren?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	- Slaapt U met meer dan 2 kussens omdat U anders kortademig wordt?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
	- Moet U na 20 traptreden rusten door kortademigheid?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
	- Wordt U 's nachts kortademig wakker?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
8.	Hebt U verlammingen of spraakstoornissen gehad?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	Zo ja: - Bent U onder controle bij een trombose-dienst?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
	- Duurden de klachten langer dan 24 uur?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (II)
	Hebt U een beroerte of attaque gehad?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (II)
	- Hebt U in de laatste 6 maanden een beroerte gehad?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
9.	Gebruikt U medicijnen voor epilepsie (vallendeziekte)?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
	Zo ja: - Wisselt U regelmatig van medicijnen?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
	- Hebt U ondanks Uw medicijnen nog regelmatig aanvallen?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)

	JA	NEE
10. Hebt U een chronische bronchitis, rookt U meer dan 25 sigaretten per dag of hebt U uitgerekte longen?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hoest U meer dan een kopje slijm per dag op?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Bent U kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Bent U kortademig bij het opstaan of zich aankleden?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
11. Hebt U astma?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hebt U daar nu last van?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Helpen Uw medicijnen nu voldoende?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (IV)
12 a. Lijdt U aan hooikoorts?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
12 b. Hebt U ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelen gebruik of na gebruikt van medische materialen?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Wordt U voor Uw allergie met medicijnen behandeld?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Bent U allergisch voor plaatselijke verdoving?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
- Is de allergie opgetreden bij de tandarts?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
- Bent U allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
13. Hebt U op dit moment tuberculose?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hebt U klachten van de tuberculose?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
14. Hebt U op dit moment een serumhepatitis of Hepatitis B?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Is dit uit bloedonderzoek gebleken?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (II)
- Bent U hiervoor onder behandeling?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (III)
15. Hebt U een chronische leveraandoening (langer dan 6 maanden)?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Bent U hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (III)
- Hebt U daarvoor een dieet of medicijnen?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (III)
16. Hebt U herhaaldelijk last van infecties met temperatuursverhoging?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Was de temperatuur toen onder de 38 C?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (II)
- Was de temperatuur tussen de 38 C en 39 C?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (II)
- Was de temperatuur boven de 39 C?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (II)

	JA	NEE
17. Hebt U een darmaandoening met klachten van diarree?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hebt U regelmatig 's nachts diarree?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Hebt U de diarree al langer dan 6 maanden?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Hebt U daarbij koorts?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
18. Lijdt U aan een chronische nierziekte?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hebt U daarvoor een dieet of medicijnen?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Hebt U nierfunctie vervangende behandeling?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
19. Hebt U suikerziekte?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Gebruikt U insuline?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
- Bent U vaak ontregeld? (hypo/hyperglycemie)	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Wordt U behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolgen van diabetes?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
20 a. Is bij U een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Wordt U daarvoor behandeld/ gecontroleerd?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Hebt U ondanks de behandeling klachten gehouden?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
20 b. Bent U, zonder minder te gaan eten, het laatste half jaar meer dan 6 kg afgevallen bij een goede eetlust?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hebt U het sneller warm dan de mensen in Uw omgeving?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
- Hebt U altijd klamme handen en trillende vingers?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
21 a. Is bij U een trage schildklierfunctie vastgesteld?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Wordt U daarvoor behandeld/gecontroleerd?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Hebt U ondanks de behandeling klachten gehouden?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
21 b. Bent U, zonder meer te gaan eten, het laatste half jaar meer dan 6 kg. aangekomen?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Bent U trager geworden?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
- Bent U kouwelijk geworden?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)
22. Hebt U bloedarmoede?	<input type="radio"/> (II)	<input type="radio"/> (I)
Zo ja: - Hebt U hiervan klachten (moe, duizelig kortademig, hoofdpijn)?	<input type="radio"/> (III)	<input type="radio"/> (II)
- Komt er in Uw familie erfelijke bloedarmoede voor?	<input type="radio"/> (IV)	<input type="radio"/> (II)

- | | JA | NEE |
|---|-------------------------------------|----------------------------|
| 23. Hebt U een ziekte van lymfeklieren of een bloedziekte? | <input type="radio"/> (II) | <input type="radio"/> (I) |
| Zo ja: - Wordt U hiervoor behandeld en hebt desondanks nog klachten? | <input type="radio"/> (III) | <input type="radio"/> (II) |
| - Hebt U zweertjes of ontstekingen in de mond? | <input type="radio"/> (III) | <input type="radio"/> (II) |
| - Hebt U koorts in aanvallen? | <input type="radio"/> (IV) | <input type="radio"/> (II) |
| - Transpireert U 's nachts hevig? | <input type="radio"/> (IV) | <input type="radio"/> (II) |
| 24. Bent U bestraald of geopereerd voor een tumor of gezwel in het hoofd/halsgebied? | <input type="radio"/> (II) | <input type="radio"/> (I) |
| Zo ja: - Was dit minder dan een jaar geleden? | <input type="radio"/> (IV) | <input type="radio"/> (II) |
| - Was dit meer dan 5 jaar geleden? | <input type="radio"/> (II) | <input type="radio"/> (II) |
| - Was dit tussen de 1 en 5 jaar geleden? | <input type="radio"/> (III) | <input type="radio"/> (II) |
| 25. Is bij U een bloedingsneiging vastgesteld? | <input type="radio"/> (II) | <input type="radio"/> (I) |
| Zo ja: - Gebruikt U medicijnen, die het bloed verdunnen? | <input type="radio"/> (III) | <input type="radio"/> (II) |
| - Gebruikt U meer dan twee keer per week aspirine of een middel tegen gewrichtspijn? | <input type="radio"/> (III) | <input type="radio"/> (II) |
| - Bloedt U langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? | <input type="radio"/> (III) | <input type="radio"/> (II) |
| - Krijgt U zonder stoten blauwe plekken? | <input type="radio"/> (IV) | <input type="radio"/> (II) |
| - Hebben U of Uw familieleden een bloedstollingziekte? | <input type="radio"/> (IV) | <input type="radio"/> (II) |
| 26. Gebruikt U dagelijks verdovende middelen? | <input type="radio"/> (II, III, IV) | <input type="radio"/> (I) |
| Zo ja: - Welke? | | |
| 27. Gebruikt U op dit moment medicijnen? | <input type="radio"/> (II) | <input type="radio"/> (I) |
| Zo ja: - voor bloedverduunning (ontstolling)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - tegen hoge bloeddruk? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - tegen gewrichtspijnen of reuma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - voor suikerziekte? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Prednison of andere corticosteroiden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - andere hormonen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - medicijnen tegen kanker of bloedziekten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Penicilline of antibiotica? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - kalmerende middelen of psychofarma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - andere medicijnen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Als U denkt dat er nog iets niet aan de orde is geweest dan kunt U dat hieronder vermelden! | | |

Datum:

Handtekening patient: