

# ➤ MEDISCHE VRAGENLIJST

## VOOR KINDEREN VANAF 16 JAAR

Datum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts

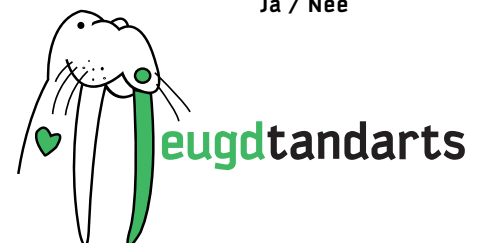
Handtekening ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

Medisch risico uit de anamnese: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Jouw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan je gezondheid veranderd? Ja / Nee  
Zo ja, wat? \_\_\_\_\_
2. Bent je onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_
3. Bent je de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_
4. Heb je ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja / Nee  
Zo ja, welke ziekte? \_\_\_\_\_
5. Ben je ergens allergisch voor? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_
6. Heb je een hartinfarct gehad? Ja / Nee  
Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_
7. Heb je last van hartkloppingen? Ja / Nee
8. Wordt je voor hoge bloeddruk behandeld? Ja / Nee  
Zo ja, wat is meestal je bloeddruk? Onderdruk: \_\_\_\_\_ Bovendruk: \_\_\_\_\_
9. Heb je pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? Ja / Nee
10. Heb je last van gezwollen enkels/voeten? Ja / Nee
11. Wordt je kortademig als je plat in bed ligt? Ja / Nee
12. Bent je bij inspanning snel kortademig? Ja / Nee



13. Heb je een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja / Nee
14. Heb je een (aangeboren) hartafwijking? Ja / Nee
15. Heb je een pacemaker (of ICD)? Ja / Nee
16. Wordt je gecontroleerd door de trombosedienst? Ja / Nee
17. Ben je ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische Ja / Nee behandeling?
18. Heb je last van hyperventileren? Ja / Nee
19. Heb je last van epilepsie, vallende ziekte? Ja / Nee
20. Heb je een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad? Ja / Nee
21. Heb je last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee  
Zo ja, bent je daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee
22. Heb je suikerziekte? Ja / Nee  
Zo ja, gebruikt je insuline? Ja / Nee
23. Heb je bloedarmoede? Ja / Nee
24. Heb je wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? Ja / Nee
25. Heb je hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja / Nee
26. Heb je een nierziekte? Ja / Nee
27. Heb je chronische maag-darmklachten? Ja / Nee
28. Heb je een aandoening van de schildklier? Ja / Nee
29. Heb je reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / Nee
30. Heb je momenteel een besmettelijke ziekte? Ja / Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
31. Heb je last van neerslachtigheid, depressiviteit? Ja / Nee
32. Heb je de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? Ja / Nee
33. Ben je bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja / Nee
34. Rook je? Ja / Nee  
Zo ja, hoeveel? \_\_\_\_\_
35. Gebruik je alcohol? Ja / Nee  
Zo ja, hoeveel glazen per week? \_\_\_\_\_
36. Gebruik je drugs of Heb je drugs gebruikt? Ja / Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
37. Vrouwen: ben je zwanger? Ja / Nee  
Zo ja, wanneer ben je uitgerekend? \_\_\_\_\_
38. Heb je een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
39. Gebruikt je momenteel medicijnen? Ja / Nee  
Zo ja, vermeld hier welke medicijnen je gebruikt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

