

Voor- en achternaam

BSN (Burger Service Nummer
voorheen Sofi-nummer)

Geboortedatum

Datum

- | | ja/nee |
|---|---|
| 1) Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Hebt u activiteiten moeten verminderen? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Gebruikt u vaker dan 1 keer per week nitrobaat onder de tong? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Nemen de klachten de laatste tijd toe? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u ondanks bypass, dotterprocedure of lastertherapie weer angina pectoris gekregen? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 2) Hebt u een hartinfarct gehad? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Kreeg u daarna complicaties? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Ondervindt u nog steeds klachten? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u in de laatste zes weken een hartinfarct gehad? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 3) Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Hebt u een kunsthartklep? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Hebt u een kunstgewricht? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Gebruikt u antistollingsmedicijnen? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u bij tandheelkundige ingrepen antibiotica nodig? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u nu klachten van uw hart of vaten? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 4) Hebt u een pacemaker? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 5) Hebt u last van hypererventileren? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 6) Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 7) Hebt u een hoge bloeddruk? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Wordt u hiervoor behandeld? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 180 mm Hg? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Is uw onderdruk meestal tussen 100 en 110 mm Hg? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Is uw bovendruk meestal tussen 180 mm Hg? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Is uw onderdruk meestal 110 mm Hg of hoger? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 9) Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Hebt u vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan (hebben)? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

- | | ja/nee |
|--|---|
| 10) Hebt u epilepsie? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 11) Hebt u astma? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 12) Hebt u chronische bronchitis of longemfyseem? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Geeft u bij het hoesten veel slijm op? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 13) Hebt u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen, tandheelkundige of medische materialen? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Waarvoor bent u allergisch? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 14) Hebt u suikerziekte? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Type I of type II | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Gebruikte u insuline? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Bent u vaak ontregeld (hypo-hyperglykemie)? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Wordt u behandeld voor complicaties ten gevolge van suikerziekte? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 15) Is bij u een verstekte schildklierfunctie vastgesteld? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/ gecontroleerd? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u ondanks behandeling klachten? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 16) Hebt u een leverziekte? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja Langer dan 6 maanden? Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 17) Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Zo ja: Welke diagnose? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Loopt u bij de trombosedienst? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 18) Bent u bestraald voor een tumor of gezwel in het hoofd of halsgebied? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 19) Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Hebt u momenteel Hepatitis A? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u momenteel Hepatitis B? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u momenteel Hepatitis C? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u momenteel HIV? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Hebt u momenteel tuberculose? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Andere besmettelijke ziekte? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 20) Hebt u een reumatische aandoening? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Welke? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 21) Rookt u? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| 23) Gebruikt u op dit moment medicijnen? | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
| Zo ja: Welke? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| En waarvoor dienen deze? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 24) Overige bijzonderheden | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |