

MEDISCHE VRAGENLIJST

Welkom in onze praktijk!

Om goed op de hoogte te zijn van uw medische gezondheid, willen we u vriendelijk vragen deze vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. De artsen zullen deze informatie met zorg en discretie behandelen. Tijdens de consultatie overlopen we samen de aandachtspunten. Alvast bedankt voor uw medewerking en tot binnenkort!

KLEVERTJE VAN DE MUTUALITEIT

Naam m/v geboortedatum:/...../.....

Burgerlijke staat Naam partner

Naam/Namen kinderen

Telefoonnummer

Beroep Opleiding

Naam en adres van de vorige huisarts die uw dossier beheerde

HEEFT U KLACHTEN (GEHAD) VAN:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Longziekten (astma, COPD) |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten |
| <input type="checkbox"/> Lever- of darmziekten | <input type="checkbox"/> Schildklierziekten |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Overspannenheid |
| <input type="checkbox"/> Depressie of angstklachten | <input type="checkbox"/> Eetstoornis |
| <input type="checkbox"/> Aanhoudende gewrichtsklachten | <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten |

Andere ziekten

Sinds wanneer heeft u deze klachten? (noteer het jaar waarop de klacht of ziekte begon naast de aandoening)

Bent u momenteel onder behandeling van een **SPECIALIST**? Zo ja, welke en waarvoor:

.....
.....
.....

Gebruikt u **GENEESMIDDELEN**? Zo ja, welke medicijnen, welke dosering en frequentie?

.....
.....
.....

Bent u overgevoelig of **ALLERGISCH** voor geneesmiddelen (welke)?

.....

Bent u allergisch aan bepaalde bestanddelen ? Bv latex, huisstofmijt, bomen, grassen, dieren, voedsel, gluten...

.....

Bent u wel eens geopereerd? Zo ja, welke OPERATIE, en wanneer?

.....

.....

.....

WAT IS UW LENGTE? WAT IS UW GEWICHT?.....

Eet u dagelijks groenten en fruit?.....

ROOKT U? O Nooit O Voorheen jaren gestopt

O Ja: aantal pakjes per dag sinds.....jaren?

Hoeveel glazen alcoholhoudende drank drinkt u gemiddeld per dag?.....

Gebruikt u drugs?..... Zo ja welke?.....

Kreeg u als kind alle nodige VACCINS via Kind en Gezin en het medische schooltoezicht?

Wanneer was uw laatste vaccinatie tegen tetanus?

Heeft u in het afgelopen jaar het griepvaccin gekregen?

Heeft u in het kader van een reis bepaalde vaccinaties gekregen?

KOMEN DE VOLGENDE ZIEKTES BIJ U IN DE FAMILIE VOOR?

O Suikerziekte Zo ja, bij wie

O Longziekten (astma, COPD)

O Hoge bloeddruk.....

O Hart- en vaatziekten, beroerte.....

O Nierziekten.....

O Psychische ziekten.....

O Kanker (soort kanker).....

VOOR VROUWEN:

Gebruikt u anticonceptie?.....Zo ja, welke?

Heeft u een spiraaltje?.....Zo ja, wanneer is deze geplaatst?

Is er ooit een uitstrijkje gemaakt?.....Zo ja, wanneer, wat was de uitslag?.....

Bent u ooit zwanger geweest?.....Zo ja, waren er complicaties tijdens de zwangerschap?

Komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?.....Zo ja, bij wie?

Vrouwen vanaf 50 jaar: Is er ooit een borstfoto gemaakt?.....Zo ja, wanneer, wat was de uitslag?.....