

Medische vragenlijst:

In Uw belang dienen de vragen volledig, kernachtig en nauwkeurig te worden ingevuld. Wanneer U te weinig ruimte heeft op dit formulier, wilt U dan op een apart vel, met vermelding van Uw naam en vraagnummer, verder schrijven?

Persoonlijke gegevens

Naam :
Voornamen :
Geb. datum :
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Telefoon : **Mobielnummer** :
Burgelijke staat : gehuwd/ongehuwd/weduwnaar/weduwe/gescheiden/samenwonend
Emailadres :
Levensbeschouwing : **Man / vrouw** :
Beroep : **School / opleiding** :

Sinds 1 juni 2008 zijn wij wettelijk verplicht uw BSN [burger service nummer] en het polisnummer van uw zorgverzekeraar in onze administratie in te voeren.

Zorgverzekering :
Polisnummer :
BSN nummer :

Naam huisarts :	Naam tandarts :
Adres :	Adres :
Postcode :	Postcode :
Woonplaats :	Woonplaats :
Telefoon :	Telefoon :
Naam apotheek :	Email apotheek :
Verwezen door: arts / tandarts / therapeut / anders	
Naam :	Adres :
Postcode :	Woonplaats :

- ◆ Wij stellen een open contact met uw huisarts / specialist op prijs
- ◆ Wilt u dat uw huisarts te zijner tijd wordt geïnformeerd: ja / nee
- ◆ Met welke verwachtingen komt u naar dit centrum:
- ◆ **Korte omschrijving van uw klachten:**

1. Algemeen

- a) Vroeger uitgeoefende beroep(en):
- b) Omgang met chemische stoffen / zware metalen:
- c) Lichamelijke activiteiten zoals sporten:

2. Huidige klachten

- a) Lichamelijk

Wanneer begonnen:

- b) Psychisch (mentaal / emotioneel):

Wanneer begonnen:

- c) Wat is er tot nu toe aan gedaan? *(Neem zo veel mogelijk informatie van deze onderzoeken en / of behandelingen mee!)*

Regulier:

Niet regulier:

3. Voorgeschiedenis

- a) Vroegere ziekten, ook kinderziekten in chronologische volgorde:

Hoe zijn die ziekten behandeld:

- b) Heeft u bijzondere psychische of emotionele klachten of ontregelingen gehad?

ja / nee zo ja welke:

- c) Ziekenhuis opnames, waarvoor en wanneer:

- d) Operaties, welke / wanneer:

- e) Ongevallen, zo ja wat voor soort ongeval:

Blijvend letsel: ja / nee zo ja welk letsel:

4. Medicatie

- a) Welke medicijnen gebruikt u nu: *(ook homeopathische, vitamines en mineralen)*

- b) Welke medicijnen heeft u vroeger meer dan een maand achtereen gebruikt:

5. Intoxicaties (omcirkel het juiste antwoord)

Gebruikt u:

- a) suiker zoetigheid ja / nee zo ja, wat:
b) koffie ja / nee kopjes per dag / week / maand
c) alcohol ja / nee glazen per dag / week / maand
soort alcohol
d) roken ja / nee per dag / week / maand
soort sigaret / sigaar / pijp / pruimtabak
e) drugs ja / nee ----- per dag / week / maand
soort drugs
f) Heeft u vroeger drugs gebruikt ja / nee per dag / week / maand
soort drugs

6. Inentingen (omcirkel het juiste woord)

a) bent u ingeënt tegen:

Pokken	ja / nee	Gele koorts	ja / nee	HPV	ja/nee
DKTP	ja / nee	Hepatitis A	ja / nee	Meningococ C	ja/nee
BMR	ja / nee	Hepatitis B	ja / nee		
Griep	ja / nee	HIB	ja / nee		

b) Andere inentingen, b.v. buitenlandse reizen:

c) Op welke inentingen heeft u reacties gehad, b.v. koorts, opgezette arm / been / etc.

7. Familie

a) Komen er chronische ziekten in de familie voor: ja / nee welke:
(vader, moeder, broers, zusters, kinderen, grootouders, ooms, tantes)

b) Komen er allergieën in de familie voor: ja / nee welke:

8. Allergieën (alle soorten van onverdraagzaamheid)

Heeft u last van:

Omcirkel het juiste antwoord

Eczeem	ja / nee	Reageert op:
Hooikoorts	ja / nee	Reageert op:
Astma	ja / nee	Reageert op:
Maag- darmklachten	ja / nee	Reageert op:

9. Longen

Heeft u last (gehad) van:

Omcirkel het juiste antwoord

longontsteking	ja / nee	bronchitis	ja / nee
pleuritis	ja / nee	tuberculose	ja / nee

10. Hart en bloedvaten

Heeft u last van:

a) *Omcirkel het (de) juiste antwoord(en)*

hoge bloeddruk	ja / nee	lage bloeddruk	ja / nee
wisselende bloeddruk	ja / nee	normale bloeddruk	ja / nee
ademnood bij inspanning	ja / nee	doorbloedingsstoornissen	ja / nee
aderontstekingen	ja / nee	spataderen	ja / nee
aambeien	ja / nee	hartritmestoornissen	ja / nee
hartklepafwijkingen	ja / nee	pijn in de hartstreek	ja / nee

b) Heeft u in het verleden een hartinfarct gehad: ja / nee

11. Spijsvertering

a) **Heeft u last van:** (*Omcirkel het (de) juiste antwoord(en)*)

zuurbranden	ja / nee	oprispingen	ja / nee
opgeblazen gevoel	ja / nee	meteen na het eten	ja / nee
		1/2 uur na het eten	ja / nee
		1 a 2 uur na het eten	ja / nee

b) **Hoe is uw:** (*Omcirkel het (de) juiste antwoord(en)*)

eetlust	: goed / matig / slecht
frequentie ontlasting	: regelmatig / onregelmatig
vorm ontlasting	: goed gevormd / brijig / verstopping / diarree
hoe ziet de ontlasting eruit	: zonder zichtbaar bloed / met zichtbaar bloed

12. Gynaecologische ziekten

Omcirkel het (de) juiste antwoord(en)

- a) tijdsduur van de menstruatiecyclus : normaal / te lang / te kort
hevigheid van menstruatiecyclus : normaal / veel bloedverlies / weinig bloedverlies
- b) zwangerschappen : ja / nee Aantal:
- c) miskramen : ja / nee Aantal:
- c) bevallingen : normaal / operatief
- d) zijn er gynaecologische operaties geweest : ja / nee
zo ja wanneer:

Welke:

13. Hormonale storingen (Omcirkel het (de) juiste antwoord(en))

- a) Zijn er stoornissen in één van de onderstaande organen:
- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| bijnieren | : ja / nee / onbekend |
| schildklier - bijschildklier | : ja / nee / onbekend |
| hypofyse | : ja / nee / onbekend |
| alvleesklier (suikerziekte) | : ja / nee / onbekend |
| eierstokken - prostaat | : ja / nee / onbekend |
- b) bent u ooit aan deze organen geopereerd : ja / nee
- c) gebruikt u de pil : ja / nee
- d) heeft u een spiraaltje : ja / nee

14. Urologische ziekten (Omcirkel het (de) juiste antwoord(en))

- a) Zijn er storingen in onderstaande organen
- | | |
|--------|-----------------------|
| nieren | : ja / nee / onbekend |
| blaas | : ja / nee / onbekend |
- b) Bent u ooit aan één van deze organen geopereerd : ja / nee

15. Neurologische ziekten

Heeft u last van:

- | | |
|-------------------|------------|
| zenuwuitval | : ja / nee |
| epilepsie | : ja / nee |
| hoofdpijn | : ja / nee |
| multiple sclerose | : ja / nee |

16. Reumatische klachten

Heeft u last (gehad) van: (De belangrijkste pijnplaats aangeven)

- | | | |
|--|------------|----------|
| chronische ziekte van spieren en / of gewrichten | : ja / nee | wanneer: |
| acute gewrichtsreuma | : ja / nee | wanneer: |
| wervelkolom afwijkingen | : ja / nee | wanneer: |
| degeneratieve veranderingen van de gewrichten | : ja / nee | wanneer: |

17. Ziekten van hoofd en keel

a) Heeft u last van:

- | | | |
|--------------------|------------|----------|
| uw voorhoofdsholte | : ja / nee | wanneer: |
| uw neusbijholte | : ja / nee | wanneer: |
| uw middenoor | : ja / nee | wanneer: |
| keelontstekingen | : ja / nee | wanneer: |
| snel verkouden | : ja / nee | wanneer: |

b) Heeft u onderstaande ingrepen ondergaan:

- | | | |
|---------------------------------|------------|----------|
| ooroperaties | : ja / nee | wanneer: |
| keel / neus / amandelen geknipt | : ja / nee | wanneer: |

18. Zien en gehoor

a) Draagt u:

een bril of contactlenzen ja / nee sinds:
een gehoorapparaat ja / nee sinds:

b) Heeft u last van:

uitval geheel / gedeeltelijk van rechter / linker oor ja / nee sinds:
uitval geheel / gedeeltelijk van rechter / linker oog ja / nee sinds:
heeft u last van oorsuizingen ja / nee sinds:

19. Gebit

Heeft u:

amalgaamvullingen ja / nee sinds:
bruggen / kronen / inlay's ja / nee sinds:
wortelkanaalbehandelingen gehad ja / nee jaar:
prothese / plaatje ja / nee sinds:
ontstekingen aan gebit / tandvlees ja / nee jaar:
ontstekingen aan kaakbot ja / nee jaar:
verstandskiezen laten verwijderen ja / nee jaar:
zo ja, welke:
daarbij complicaties ja / nee
zo ja, welke:

20. Slaappatroon

slaapt u snel in ja / nee
slaapt u goed door ja / nee
wordt u uitgerust wakker ja / nee
wordt u voortijdig wakker ja / nee rond uur

Vragenlijst ingevuld d.d.:

Handtekening:

Aangezien er huidmetingen verricht worden aan vingers en tenen, soms ook in gezicht, dient u op de dag van het onderzoek geen crèmes, cosmetica of scheerzeep te gebruiken (Dit is niet van toepassing bij metingen met de biotensor).

U wordt verzocht de dag van het onderzoek geen koffie of thee te gebruiken.

Wilt u medicijngebruik indien niet strikt noodzakelijk enkele dagen voor het onderzoek staken.

Sommige medicijnen mag u niet zo maar weglaten, zoals medicijnen voor suikerziekte, epilepsie, hart- en longziekten. Overleg zonodig met uw huisarts of met ons.

Graag al de medicijnen, vitamines, mineralen, de pil e.d. die u gebruikt, meenemen.

Draag op de dag van het onderzoek zo veel mogelijk kleding van natuur producten: wol, katoen, zijde en dergelijke.

Met vriendelijke groet,
G.W. Kentie, arts.