

Naam _____
 Geboortedatum _____
 BSN _____
 Adres _____
 Postcode _____
 Plaats _____
 Telefoon _____
 Email _____
 Huisarts _____
 Specialist _____
 Verzekeraar _____
 Verzekernummer _____
 Handtekening _____

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja Nee _____
 Zo ja, wat? _____
 Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja Nee _____
 Zo ja, waarvoor? _____
 Bent u ergens allergisch voor? Ja Nee _____
 Zo ja, waarvoor? _____
 Heeft u een hartinfarct gehad? Ja Nee _____
 Zo ja, wanneer? _____
 Heeft u last van hartkloppingen? Ja Nee _____
 Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja Nee _____
 Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk? onderdruk: bovendruk: _____
 Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? Ja Nee _____
 Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Ja Nee _____
 Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja Nee _____
 Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? Ja Nee _____
 Heeft u een pacemaker (of ICD)? Ja Nee _____
 Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja Nee _____
 Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja Nee _____
 Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad? Ja Nee _____
 Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja Nee _____
 Heeft u suikerziekte? Ja Nee _____
 Zo ja, gebruikt u insuline? _____
 Heeft u bloedarmoede? Ja Nee _____
 Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? Ja Nee _____
 Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja Nee _____
 Heeft u een nierziekte? Ja Nee _____
 Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja Nee _____
 Heeft u een kunstgewricht? Ja Nee _____
 Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja Nee _____
 Rookt u? Ja Nee _____
 Zo ja, hoeveel? _____
 Vrouwen: bent u zwanger? Ja Nee _____
 Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja Nee _____
 Zo ja, welke? _____
 Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja Nee _____
 Zo ja, welke? _____

Datum _____

Handtekening _____