

Gezondheidsvragen

1) Welk beroep oefent u uit?

.....

2) Bent u de laatste tijd onder behandeling van een arts geweest? ja /nee Zo ja waarvoor?

.....

3) Bent u zwanger ? ja/nee

4) Gebruikt u geneesmiddelen? ja/nee Zo ja welke?

.....

5) Heeft u eerder een operatieve ingreep ondergaan? ja/nee Zo ja welke?

.....

6) Heeft u last van hartziekten of hartzwaktes? (hartinfarct, angina pectoris, hartritmestoornissen, ademnood bij trappen lopen, hartspierontsteking)

.....

7) Lijdt u op dit moment aan:

-Circulatie en bloedaandoeningen? (Bijv. doorbloedingsstoornissen, spataders, trombose, te hoge of lage bloeddruk)

.....

-Leverziekten? (bijv. geelzucht of lever cirrose).....

-Nierziekte?(bijv. nierontsteking of nierstenen).....

-Stofwisselingsziekte? (bijv. suikerziekte).....

-Schildklierziekte?(bijv. Struma).....

-Zenuwaandoeningen? (bijv. epilepsie, verlamming).....

-Skeletaandoeningen? (bijv. beschadiging van de wervelkolom).....

-Bloedziekten of bloedstollingstoornissen?

8) Heeft u last van allergieën?(bijv. hooikoorts, overgevoeligheid voorgeneesmiddelen, pleisters,jodium)

.....

9) Lijdt u op dit moment aan een andere niet genoemde ziekte en of bijzonderheden ?

.....

10) Rookt u? ja/nee Zo ja, hoeveel?

.....

11) Drinkt u regelmatig alcohol? ja/nee Zo ja hoeveel?

.....

12) Gebruikt u drugs? ja/nee Zo ja welke?

.....

Datum:..... Handtekening:.....