

Naam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

E-mail :

**Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.**

1. Bent u ergens allergisch voor ? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor?
2. Heeft u een hartinfarct gehad ? Ja / Nee
3. Heeft u last van hartkloppingen ? Ja / Nee
4. Wordt u voor een lage of hoge bloeddruk behandeld ? Ja / Nee
5. Heeft u pijn op de borst bij inspanning ? Ja / Nee
6. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt ? Ja / Nee
7. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep ? Ja / Nee
8. Heeft u een aangeboren hartafwijking ? Ja / Nee
9. Heeft u een pacemaker ( of ICD ) of neurostimulator Ja / Nee
10. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling ? Ja / Nee
11. Heeft u epilepsie, vallende ziekte ? Ja / Nee
12. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte ( of TIA ) gehad? Ja / Nee
13. Heeft u last van long klachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee
14. Heeft u bloedarmoede ? Ja / Nee
15. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie ? Ja / Nee
16. Heeft u suikerziekte? Ja / Nee
17. Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Welke ? Ja / Nee
18. Heeft u een nierziekte ? Ja / Nee
19. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten Ja / Nee
20. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt? Ja / Nee
- a. Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling? Ja / Nee
21. Heeft u een kunstgewricht ? zo ja, sinds wanneer en waar? Ja / Nee
22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals ? Ja / Nee
23. Rookt u ? Ja / Nee
- a. Hoeveel per dag ? \_\_\_\_\_
24. Gebruikt u alcohol of verdovende middelen? Ja / Nee
25. Vrouwen : bent u zwanger ? Ja / Nee
26. Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar gevraagd is ? Ja / Nee
27. Wie is uw huisarts ?

---

28. Gebruikt u medicijnen ? Zo ja, welke?

---

Datum van ondertekening:

Handtekening: