

Naam:

Vrouw Man

Geboortedatum: / /

Datum: / /

Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.



1	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	B
2	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	D
3	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	E
4	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	F
5	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	F
6	Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	C
7	Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
8	Eet u dagelijks groenten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
9	Eet u dagelijks fruit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
10	Beweegt u dagelijks minstens een half uur bovenop uw dagdagelijkse activiteiten? (bv. fietsen, stevig wandelen, zwemmen, tuinieren, ...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
11	Werd er ooit een verhoogde bloedsuikerwaarde bij je vastgesteld? (bv. bij ziekenhuisopname, routinecontrole of zwangerschap)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
12	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
13	Heeft uw grootvader, grootmoeder, oom of tante diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
14	Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan tien jaar geleden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
15	Bent u longpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
16	Bent u hartpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
17	Bent u leverpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
18	Bent u nierpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
19	Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
20	Heeft u een huidletsel waar u zich zorgen over maakt? (pigmentvlekje, schilferend vlekje, aangezicht- of voorhoofdvllekje,...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
21	Is één van uw huidletsels recent sterk veranderd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

	Enkel voor vrouwen	
22	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet
23	Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet
24	Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet
	Enkel indien 65 jaar of ouder	
25	Bent u het afgelopen jaar meer dan één keer gevallen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet