

## Medische enquête

**In te vullen door de patiënt(e) en na te zien door de huisarts a.u.b. :**

### Gelieve ja of neen te omcirkelen

#### Algemeen :

Lengte :

Gewicht :

Lengte :

Vertoonde u een ongewone reactie na een algemene of een plaatselijke verdoving ? ja/neen  
Zo ja, welke problemen ?

Bent u allergisch of overgevoelig ? ja/neen  
Zo ja, aan wat bent u allergisch of overgevoelig (aankruisen a.u.b.) ?

- Antibiotica
- Jodium
- Kleefpleister
- Rubber
- Latex
- Contraststof
- Andere  Welke ?

Heeft u een longfoto gehad de laatste 12 maanden ? ja/neen

Heeft u een hartfilmpje/EKG gehad de laatste 6 maanden ? ja/neen

Bent u opgenomen geweest in een ziekenhuis de laatste maanden ? ja/neen  
Zo ja, waarvoor bent opgenomen geweest ?

Bent u in behandeling voor een ziekte ? ja/neen  
Zo ja, welke ?

Bent u reeds geopereerd geweest ? ja/neen  
Zo ja, voor welke ingre(e)p(en) en wanneer ?

Heeft u ooit bloed gekregen ? ja/neen  
Zo ja, waren er complicaties ?

Rookt u of heeft u gerookt ? ja/nee  
Zo ja, hoeveel en hoelang ?

Drinkt u of dronk u regelmatig alcohol ? ja/nee  
Zo ja, specificeer :

### **Hart- en vaataandoeningen :**

Lijdt u aan een hartziekte of heeft u ooit hartproblemen gehad ? ja/nee  
Zo ja, specificeer :

Lijdt u aan een te hoge bloeddruk ? ja/nee

Werd u ooit verteld dat u :  
\* hartgeruis heeft ? ja/nee  
\* een hartklepafwijking heeft ? ja/nee

Heeft u soms hartproblemen zoals \* hartkloppingen ? ja/nee  
\* een hartoverslag ? ja/nee  
\* borstpijn ? ja/nee

Wordt u snel kort van adem bij een inspanning ? ja/nee

Bent u soms kort van adem in rusttoestand ? ja/nee

Bent u kort van adem, als u plat ligt op bed zonder kussens onder uw hoofd ? ja/nee

Heeft u vaak gezwollen enkels of voeten ? ja/nee

Bent u het laatste jaar flauwgevallen of onwel geworden ? ja/nee

Lijdt u aan of heeft u ooit last gehad van de volgende aandoeningen :  
\* spataders in de benen ? ja/nee  
\* flebitis in de benen ? ja/nee

### **Mond, luchtwegen en longen**

Heeft u een vals gebit ? ja/nee  
Zo ja, is het een los of vast gebit ? (schrappen wat niet past)

Heeft u loszittende tanden ? ja/nee

Kunt u uw mond volledig openen ? ja/nee

Heeft u één van de volgende aandoeningen :

- \* astma ja/nee
- \* chronische bronchitis ja/nee
- \* tuberculose ja/nee

### **Maag, darmen en lever**

Lijdt u aan of heeft u ooit last gehad van één van de volgende aandoeningen :

- \* een maagbreuk ? ja/nee
- \* geelzucht ? ja/nee
- \* een leveraandoening ? ja/nee
- \* een maagzweer ? ja/nee

### **Nieren**

Lijdt u aan of heeft u ooit last gehad van een nieraandoening ? ja/nee

### **Bloed**

Bloedt u abnormaal lang na :

- \* een snijwond ? ja/nee
- \* een tand uittrekken ? ja/nee
- \* een operatie ? ja/nee
- \* een neusbloeding ? ja/nee

### **Stofwisseling**

Heeft u suikerziekte ? ja/nee

Heeft u de laatste 6 maanden cortisone ingenomen ? ja/nee

Lijdt u aan of heeft u ooit last gehad van uw schildklier ? ja/nee

## **Zenuwstelsel**

Lijdt u of heeft u ooit één van de volgende zenuwaandoeningen gehad :

- |                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| * epilepsie ?                         | ja/nee |
| * hersentrombose/hersensbloeding ?    | ja/nee |
| * verlamming of krachtsvermindering ? | ja/nee |
| * zenuwstelsel ?                      | ja/nee |
| * multipale sclerose ?                | ja/nee |
| * migraine ?                          | ja/nee |

## **Rug/spieren**

Heeft u nu of vroeger last gehad van de rug ?

ja/nee

Lijdt u of een familielid aan een spieraandoening ?

ja/nee