



Medische voorgeschiedenis

U heeft zich ingeschreven bij Huisartsenpraktijk Anna's Hoeve. Wij vinden het belangrijk om goed op de hoogte te zijn van uw medische voorgeschiedenis. Daarom vragen we u onderstaande vragenlijst in te vullen en bij ons in te leveren.

U dient dit formulier voor ieder gezinslid in te vullen.

NB: op de achterkant van dit formulier is ruimte voor extra toelichting.

Datum:

Naam: m / v

Geboortedatum:

Is nu of in het verleden een van onderstaande aandoeningen bij u vastgesteld?

- | | | |
|---|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Longziekten (zoals Astma, COPD) | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Nierziekten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Neurologische ziektes (zoals CVA, TIA) | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Lever- of darmziekten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Schildklierziekten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds |
| <input type="checkbox"/> Maligniteiten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Aanhoudende gewrichtsklachten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds |
| <input type="checkbox"/> Overspannenheid | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, wanneer |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische ziekten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, wanneer..... |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, wanneer |
| <input type="checkbox"/> Verhoogd cholesterol | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, sinds..... |
| <input type="checkbox"/> Andere ziekten: | | |

Bent u momenteel onder behandeling van een **specialist**? Zo ja, welke, naam, welk ziekenhuis en waarvoor:

.....
.....
.....

Gebruikt u **geneesmiddelen**? (Inclusief zelfzorg middelen) Zo ja, welke? Welke dosering? Frequentie?

- -
- -
- -
- -

Bent u allergisch?..... Hooikoorts

Heeft u een voedselovergevoeligheid?.....

Bent u overgevoelig of **allergisch** voor geneesmiddelen (welke)? Wat voor reactie heeft u op dit middel?.....

.....
.....

Bent u wel eens geopereerd? Zo ja, wat voor **operatie**? Links of Rechts? In welk jaar? Welk ziekenhuis?

-
-

Heeft u ook botbreuken opgelopen? Welk bot? Links of Rechts? Welk jaar? Was er een operatie nodig?

-
-

Rookt u? nooit voorheen: jaren gestopt ja, stuks per dag

Hoeveel glazen alcoholhoudende drank drinkt u gemiddeld per dag?:

Gebruikt u drugs? Zo ja, welke? Hoe vaak?

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld? ja nee

Heeft u in het afgelopen jaar de grieprik gekregen? ja nee

Wilt u de grieprik dit jaar weer ontvangen? ja nee

Heeft u een donorcodicil levenstestament euthanasieverklaring ?

Zo ja, wilt u deze dan aan ons geven zodat de verklaring aan uw dossier toegevoegd kan worden.

Komen de volgende ziektes bij u in de **familie** voor? (vader, moeder, opa, oma, broer, zus, neef, nicht)

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | Zo ja, bij wie: |
| <input type="checkbox"/> Longziekten (astma, COPD) | Zo ja, bij wie/wat: |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | Zo ja, bij wie/wat: |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | Zo ja, bij wie/wat: |
| <input type="checkbox"/> Hersenziektes (CVA, TIA) | Zo ja, bij wie/wat: |
| <input type="checkbox"/> Nierziekten | Zo ja, bij wie/wat: |
| <input type="checkbox"/> Psychische ziekten | Zo ja, bij wie/wat: |
| <input type="checkbox"/> Kanker | Zo ja, bij wie/wat: |

Voor vrouwen:

Is er ooit een mammografie (borstfoto) gemaakt? Zo ja, wanneer, wat was de uitslag?BIRADS...

.....
Is er ooit een uitstrijkje gemaakt? Zo ja, wanneer, wat was de uitslag?PAP.....

.....
Heeft u een spiraaltje? Hormoon Koper ? Zo ja, wanneer is deze geplaatst?.....

Gebruikt u de pil? Zo ja, welke?.....

Toelichting:

.....