



## Medische vragenlijst t.b.v. screening anesthesiologie

### Persoonsgegevens:

Naam : \_\_\_\_\_ m / v  
Adres : \_\_\_\_\_  
Postcode : \_\_\_\_\_  
Woonplaats : \_\_\_\_\_  
Geb.datum : \_\_\_\_\_  
BSN : \_\_\_\_\_  
Telefoon : \_\_\_\_\_  
Emailadres : \_\_\_\_\_  
Beroep : \_\_\_\_\_  
Huisarts : \_\_\_\_\_ Adres: \_\_\_\_\_  
Verzekering : \_\_\_\_\_  
Nummer : \_\_\_\_\_

Uw lengte : \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

### Huidige behandelingen en medicatie:

	ja	nee
Bent u momenteel onder behandeling van uw huisarts / specialist?	0	0
Reden : _____		

Gebruikt u medicijnen?	0	0
Welke : _____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		

Bent u allergisch voor:	ja	nee
Latex :	0	0
Penicilline :	0	0
Jodium :	0	0
Soja :	0	0
Overige allergieën:	0	0
Welke : _____		

<b>Hart en ademhaling:</b>	ja	nee
Is er ooit een hartziekte bij u geconstateerd?	0	0

Zo ja, wat? \_\_\_\_\_

Heeft u wel eens een hartinfarct gehad?	0	0
Bent u momenteel onder controle van een cardioloog?	0	0
Heeft u wel eens pijn of een beklemmend gevoel op de borst?	0	0
Zo ja, treedt dat op telkens na lichamelijke inspanning?	0	0
Na hoeveel etages traplopen bent u kortademig?    ≤1      2      3      4      ≥5		
	(omcirkelen aub)	

Bent u kortademig als u plat in bed ligt?	0	0
Is er ooit astma bij u geconstateerd?	0	0
Is er ooit chronische bronchitis of COPD bij u geconstateerd?	0	0
Bent u momenteel onder behandeling van een longarts?	0	0
Piept u geregeld op de borst?	0	0
Heeft u last van hoesten en geeft u daarbij slijm op?	0	0
Gebruikt u pufjes voor de longen?	0	0
Zo ja, welke en hoe vaak? _____		

<b>Overige aandoeningen en problemen:</b>	ja	nee
Heeft u problemen met :		
Hoge bloeddruk	0	0
Buik	0	0
Ledematen	0	0
Anders ,namelijk: _____		

Heeft u in het verleden trombose of een longembolie doorgemaakt?	0	0
--	---	---

Zo ja, wanneer was dat? \_\_\_\_\_

Was de trombose of longembolie spontaan ontstaan?	0	0
---	---	---

Eventuele reden voor ontstaan trombose/longembolie: \_\_\_\_\_

Bent u wel eens eerder geopereerd?	0	0
Datum en soort operatie?		

Heeft u toen nabloedingen gehad?	0	0
Heeft u toen problemen ondervonden met de narcose?	0	0
Wat waren die problemen?		

	ja	nee
Heeft u toen problemen ondervonden met de ruggenprik?	0	0
Wat waren die problemen?		
<hr/>		
Heeft u een aandoening aan de schildklier?	0	0
Zo ja, wanneer was de schildklier voor het laatst gecontroleerd in het bloed?		
Datum laatste controle schildklier: _____		
Was de uitslag toen in orde?	0	0
Heeft u suikerziekte?	0	0
Zo ja, gebruikt u:		
insuline	0	0
Tabletten	0	0
Heeft u last van brandend maagzuur?	0	0
Heeft u epilepsie?	0	0
Zo ja, hoelang bent u klachtenvrij?		
<hr/>		
Heeft u hepatitis, geelzucht of een leverziekte (gehad)?	0	0
Zijn er wel eens problemen geweest met uw nieren?	0	0
Wat waren die problemen? _____		
Is de functie van de nieren nu wel goed?	0	0
Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte gehad?	0	0
Zo ja, wat voor restverschijnselen heeft u hier aan overgehouden?		
<hr/>		
Heeft u multiple sclerose of een andere zenuwaandoening?	0	0
Zo ja, wat voor uitval heeft u? _____		
Bent u rolstoelafhankelijk?	0	0
Heeft u rugklachten (b.v. hernia) of gewrichtsklachten (b.v. reuma)?	0	0
Heeft u last van een stijve nek of moeite met uw hoofd bewegen?	0	0
Heeft u recent een infectie gehad?	0	0
Wat voor infectie?		
<hr/>		
<b>Tandarts:</b>	ja	nee
Heeft u ooit problemen ondervonden met een verdoving bij de tandarts?	0	0
Wat voor probleem was dit?		
<hr/>		

	Ja	nee
Heeft u moeite met het volledig openen van uw mond?	0	0
Heeft u moeite met slikken?	0	0
Heeft u een kunstgebit of plaatje?	0	0
Heeft u loszittende tanden of stifttanden?	0	0

**Bloedtransfusie:**

	ja	nee
Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad?	0	0
Wanneer en waarvoor?		

---

Heeft u, ook in geval van nood, bezwaren tegen een bloedtransfusie?	0	0
Heeft u last van spontane blauwe plekken of lang nabloeden?	0	0

**Familie:**

	ja	nee
Komen er bijzondere ziektes in de familie voor?	0	0
Zo ja, welke?		

---

Zijn er familieleden die een probleem hebben gehad met narcose?	0	0
Zo ja, wat voor probleem?		

---

Zijn er familieleden met problemen vd bloedstolling?	0	0
Zijn er familieleden met bloedziekten?	0	0
Zijn er familieleden die trombose of een longembolie hebben gehad?	0	0
Zo ja, bij welk familielid?		
Komen er in de familie erfelijke zenuwziekten of spierziekten voor?	0	0
Zo ja, welke ziekte bij welke familielid?		

---

Heeft u een bepaald syndroom of genetische afwijking?	0	0
Zo ja, welk syndroom of genetische afwijking?		

**Zwangerschap, verdovende middelen en beweging**

	ja	nee
Gebruikt u de pil?	0	0
Bent u zwanger?	0	0
Rookt u?	0	0
Ik rook ..... sigaretten / sigaren per dag		
Gebruikt u alcohol?	0	0
Ik drink ..... glazen alcohol per dag		
Gebruikt u drugs?	0	0
Welke drugs? _____		

Aantal maal per week: .....

	Ja	nee
Doet u aan sport?	0	0
Aantal maal per week .....x .....min		
Heeft u bezwaar tegen het eventueel opvragen van medische informatie bij uw huisarts of specialist?	0	0
Gebruikt u bisfosfonaten (medicijnen voor botontkalking)	0	0

Zo ja, voor hoe lang al? \_\_\_\_\_

Zijn er nog punten die in de vragenlijst niet naar voren zijn gekomen? 0 0  
 Zo ja, wat voor extra informatie wilt u geven?

<b>MRSA/BRMO*</b>	ja	nee
Bent u het afgelopen jaar opgenomen geweest in het buitenland? (Hier hoort ook bij een ziekenhuis in België of Duitsland)	0	0
Bent u recent op een veehouderij geweest of werkt u op een veehouderij?	0	0
Komt u vanwege uw werk of om privé redenen regelmatig in contact met vee?	0	0
Heeft u een BRMO* op of in uw lichaam?	0	0
Heeft u het afgelopen jaar op een afdeling gelegen waar een BRMO* uitbraak was?	0	0
Komt u regelmatig in contact met iemand die een BRMO* heeft? (*BRMO = een Bijzonder Resistent Micro Organisme, meestal een bacterie)	0	0

**Alleen in te vullen aub als u 70 jaar of ouder bent**

Heeft u geheugenproblemen	0	0
Heeft u in de afgelopen 24u hulp nodig gehad bij de verzorging van uzelf terwijl u dit normaal niet heeft?	0	0
Bent u bij een eerdere opname of ziekte wel eens in de war geweest?	0	0

**Contactpersoon:**

Wie kunnen wij bellen bij eventuele bijzonderheden:

Naam: \_\_\_\_\_ Telnr: \_\_\_\_\_

Zijn of haar relatie tot u: \_\_\_\_\_

Ondertekende verklaart hierbij het formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Naam:

Handtekening: