

MEDISCHE ANAMNESE VOLWASSENEN

Invul datum: _____

Naam: _____

Geboortedatum: _____ BSN: _____

Adres: _____

Postcode en Woonplaats: _____

Telefoon: _____ Mobiel: _____

Email: _____

Huisarts: _____ Specialist: _____

Naam verzekeraar: _____ Inschrijfnummer: _____

- Is er in de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja Nee Zo ja, wat? _____
- Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja Nee Zo ja, waarvoor? _____
- Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis? Ja Nee Zo ja, waarvoor? _____
- Heeft u ooit een ernstige ziekte meegemaakt? Ja Nee Zo ja, welke ziekte? _____
- Bent u ergens allergisch voor? Ja Nee Zo ja, waarvoor? _____
- Heeft u een hartinfarct gehad? Ja Nee Zo ja, wanneer? _____
- Heeft u last van hartkloppingen? Ja Nee
- Wordt u voor een hoge bloeddruk behandeld? Ja Nee Zo ja, wat is dan meestal is uw bloeddruk?
Onderdruk: ____ Bovendruk: ____
- Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? Ja Nee
- Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? Ja Nee
- Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Ja Nee
- Bent u bij inspanning snel kortademig? Ja Nee
- Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja Nee
- Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? Ja Nee
- Heeft u een pacemaker (of ICD)? Ja Nee
- Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? Ja Nee
- Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja Nee
- Heeft u last van hyperventileren? Ja Nee
- Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja Nee
- Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad? Ja Nee
- Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja Nee Zo ja, bent u daarbij kortademig? Ja Nee
- Heeft u suikerziekte? Ja Nee Zo ja, gebruikt u insuline? Ja Nee
- Heeft u bloedarmoede? Ja Nee
- Heeft u wel eens langdurige bloedingen na het trekken van tanden/kiezen
of na een operatie of verwonding? Ja Nee
- Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja Nee
- Heeft u een nierziekte? Ja Nee

- Heeft u chronische maag-darmklachten? Ja Nee
- Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja Nee
- Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja Nee
- Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja Nee Zo ja, welke? _____
- Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? Ja Nee
- Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? Ja Nee
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja Nee
- Rookt u? Ja Nee Zo ja, hoeveel? _____
- Gebruikt u alcohol? Ja Nee Zo ja, hoeveel glazen per week? _____
- Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja Nee Zo ja, welke? _____
- Vrouwen: bent u zwanger? Ja Nee Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____
- Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja Nee Zo ja, welke? _____
- Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja Nee Zo ja, graag hieronder noteren:

Medicijnen: _____

Opmerkingen: _____

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: