

## Medische voorgeschiedenis

U heeft zich ingeschreven bij Huisartsenpraktijk Lankhorst. 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?  Nee  Ja. Zo ja, welke? Hoe vaak? .....

.....

Bent u ooit slachtoffer geweest van (seksueel) geweld?  Ja  Nee .....

Heeft u in het afgelopen jaar de griep prik gekregen?  Ja  Nee .....

Wilt u de griep prik dit jaar weer ontvangen?  Ja  Nee .....

Heeft u een donorcodicil  levenstestament  of 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)

Suikerziekte Zo ja, bij wie: .....

Longziekten (astma, COPD) Zo ja, bij wie/wat: .....

Hoge bloeddruk Zo ja, bij wie/wat: .....

Hart- en vaatziekten Zo ja, bij wie/wat: .....

Nierziekten Zo ja, bij wie/wat: .....

Psychische ziekten Zo ja, bij wie/wat: .....

Kanker Zo ja, bij wie/wat: .....

**Voor vrouwen:** Is er ooit een mammografie (borstfoto) gemaakt?  Ja  Nee

Zo ja, wanneer, wat was de uitslag? ..... BIRADS.....

Is er ooit een uitstrijkje gemaakt?  Ja  Nee

Zo ja, wanneer, wat was de uitslag? ..... PAP.....

Heeft u een spiraaltje?  Ja  Nee

Zo ja, welke:  Hormoon  Koper? Wanneer is deze geplaatst?.....

Gebruik u de pil?  Ja  Nee

Zo ja, welke?.....

Eventuele toelichtingen:

.....

.....

.....