

Naam: vrouw man

Geboortedatum: / / Datum: / /

Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.

| | | | |
|----|--|---|---|
| 1 | Bent u 50 jaar of ouder? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | A |
| 2 | Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | B |
| 3 | Hebt u diabetes (suikerziekte)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | D |
| 4 | Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | E |
| 5 | Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | F |
| 6 | Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | F |
| 7 | Rookt u? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | C |
| 8 | Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 9 | Eet u dagelijks groenten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 10 | Eet u dagelijks fruit? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 11 | Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 12 | Heeft een arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 13 | Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 14 | Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 15 | Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan tien jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 16 | Bent u longpatiënt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 17 | Bent u hartpatiënt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 18 | Bent u leverpatiënt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 19 | Bent u nierpatiënt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 20 | Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |

Enkel voor vrouwen

| | | | |
|----|--|--|--|
| 21 | Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |
| 22 | Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 23 | Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 24 | Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja Datum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |
| 25 | Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden? | <input type="checkbox"/> Ja Datum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet | |