

Longen

Bent u meer kortademig dan de meeste mensen?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit astma gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u het wel eens benauwd of het gevoel onvoldoende lucht te krijgen?	<input type="checkbox"/>
Hebt u een chronische of terugkerende hoest?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit een ingeklapte long gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit longontsteking gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit tuberculose gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u chronische bronchitis of COPD?	<input type="checkbox"/>
Hebt u wel eens bloed opgehoest?	<input type="checkbox"/>
Hebt u wel eens subcutaan emfyseem (=lucht onder de huid) gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u longcysten, longbullae of bronchiëcasieën?	<input type="checkbox"/>

Hart

Is u ooit verteld dat u een hartprobleem hebt?	<input type="checkbox"/>
Is u ooit verteld dat u een vergroot hart hebt?	<input type="checkbox"/>
Hebt u wel eens last van een te lage bloeddruk?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit een verhoogde bloeddruk gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit angina pectoris (=pijn of druk op de borst) gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit een hartaanval gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u terugkerende of voortdurend opgezwollen benen?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit last gehad van hartkloppingen of een te snelle hartslag?	<input type="checkbox"/>
Bent u snel vermoeid of kortademig?	<input type="checkbox"/>
Is er bij u wel eens een hartfilmpje (ECG) gemaakt?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit acuut reuma gehad?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit onverklaarbare koorts gehad?	<input type="checkbox"/>

Stofwisseling

Hebt u suikerziekte?	<input type="checkbox"/>
Zijn er bij u andere stofwisselingsziekten vastgesteld?	<input type="checkbox"/>
Hebt u een bloedziekte?	<input type="checkbox"/>

Bewegingsapparaat

Hebt u last van gewrichtsklachten of artrose?	<input type="checkbox"/>
Hebt u ooit last gehad van rugproblemen of rugverwondingen?	<input type="checkbox"/>
Hebt u een gebroken of verschoven wervel?	<input type="checkbox"/>
Hebt u nekkachten?	<input type="checkbox"/>

Oogheelkunde

Kunt u voldoende scherp zien?	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/>
Is er bij u ooit een afwijking van het gezichtsveld vastgesteld?	<input type="checkbox"/>

Spijsvertering

Draagt u een gebitsprothese?	
Hebt u maag- of darmproblemen?	
Hebt u problemen van andere inwendige organen?	
Hebt u een stoma?	

Middelengebruik

Rookt u?	
Gebruikt u alcohol?	
Gebruikt u verdovende middelen?	

Voor vrouwen

Hebt u last van menstruatieproblemen?	
Bent u zwanger of van plan zwanger te worden?	

Algemeen

Bent u onder behandeling van arts, psycholoog of psychiater?	
Bent u ooit verslaafd geweest aan medicijnen of genotmiddelen?	
Bent u ooit geopereerd?	
Bent u ooit behandeld met chemotherapie of bestraling?	
Hebt u allergie?	
Wat is uw lengte?	
Wat is uw gewicht?	
Welke medicatie gebruikt u?	

--

Als u andere medische problemen hebt gehad, die hierboven niet genoemd zijn, wil u deze dan hieronder omschrijven?

--

Naar waarheid ingevuld op:

Handtekening: