



### Zenuwstelsel

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Kunt u uw armen en benen normaal gebruiken?                | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u normaal gevoel in armen en benen?                   | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u last van spierkrampen?                              | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u ooit verlammingen gehad?                            | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u last van hoofdpijn of migraine?                     | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u ooit epilepsie gehad, of aanvallen met wegrakingen? | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u ooit last van duizeligheid of flauwvallen?          | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u ooit een hoofdverwonding gehad?                     | <input type="checkbox"/> |
| Hebt u last van zeeziekte?                                 | <input type="checkbox"/> |

### 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?

Zijn er bij u andere stofwisselingsziekten vastgesteld?

Hebt u een bloedziekte?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### *Bewegingsapparaat*

Hebt u last van gewrichtsklachten of artrose?

Hebt u ooit last gehad van rugproblemen of rugverwondingen?

Hebt u een gebroken of verschoven wervel?

Hebt u neklachten?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### *Oogheelkunde*

Kunt u voldoende scherp zien?

Gebruikt u een bril of contactlenzen?

Is er bij u ooit een afwijking van het gezichtsveld vastgesteld?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### *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, wilt u deze dan hieronder omschrijven?

|  |
|--|
|  |
|--|

Naar waarheid ingevuld op:

Handtekening: