

P.M.C. VRAGENLIJST INTAKE GESPREK. MEDISCH GEHEIM, STRIKT VERTROUWELIJK

Wilt u de volgende vragenlijst zo volledig mogelijk beantwoorden d.m.v. Ja/Nee of hetgeen van toepassing is te omcirkelen? Gaarne een extra toelichting, indien u dat nodig acht. De open vragen gaarne in blok- of typeletters.

1. ALGEMEEN

Datum:

Naam	:	.....	Man/Vrouw
Voorletters	:	.....	Geboortedatum:
Adres	:	.....	Geboorteplaats:
Woonplaats	:	.....	Burgerlijke staat:
Postcode	:	.....	Indien gehuwd, sedert wanneer?
Telefoon privé	:	.....	Bsn.nummer of te wel sofinummer:
			
Beroep/functie	:	.....	
Werkgever	:	.....	
Telefoon werk	:	.....	
Huisarts	:	.....	
Bedrijfsarts	:	.....	
Adres Huisarts	:	.....	
Woonplaats	:	.....	
Telefoon	:	.....	

Dit onderzoek wordt ingesteld in verband met:

Ja/Nee

1. Gezondheidsklachten	0	0
2. Bedrijfskeuring, periodieke check-up	0	0
3. Privé check-up en advies	0	0
4. Aanvraag levensverzekering	0	0
5. Aanstellingskeuring	0	0
6. Opname pensioenregeling	0	0
7. Aanvraag arbeidsongeschiktheidsverzekering	0	0
8. Aanvraag ziektekostenverzekering	0	0
9. Uitzendkeuring	0	0
10. Sportkeuring	0	0
11. Andere		

2. ALLERGIE

Bent u ergens allergisch (overgevoelig) voor?	0	0
Zo ja, waarvoor? (Medicijnen, voedsel, dieren, hooikoorts, huisstof, verf, parfum, metalen, anderen?).....		
.....		
Bent u er ooit door in shock geraakt?	0	0
Bent u er ooit door bewusteloos geraakt?	0	0

Heeft u ooit een anti-allergische behandeling ondergaan , of gebruikt u nu anti-allergische medicijnen? Zo ja, welke?

0 0

3. FAMILIE EN HEREDITEIT

Komt in uw familie de volgende aandoening voor?

Zo ja, bij wie? (Kinderen, broers, zusters, ouders, grootouders)

	Ja/Nee		Wie		Ja/Nee		Wie
Plotselinge dood	0	0	.....	Darmkanker	0	0	.....
Hartinfarct	0	0	.....	Maagkanker	0	0	.....
Hersenbloeding	0	0	.....	Longkanker	0	0	.....
Hoge bloeddruk	0	0	.....	Baarmoederkanker	0	0	.....
Gewrichts-	0	0	.....	Maagzweer	0	0	.....
Klachten (rheuma, arthrose e.d.)				Galstenen	0	0	.....
Suikerziekte	0	0	.....	Nierstenen	0	0	.....
Asthma	0	0	.....				

	Leeftijd:	Overleden? Op welke leeftijd?	Doodsoorzaak?
Vader			
Moeder			
Broer (s)			
Echtgeno(o)t(e)			
Kinderen			

4. PERSOONLIJKE VOORGESCHIEDENIS EN LEEFGEWOONTEN

	Ja/Nee
Bent u ooit ernstig ziek geweest of opgenomen in een ziekenhuis, zo ja waarvoor?	0 0
Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan en in welk jaar?	0 0
Heeft u ooit een ongeval met kneuzing of botbreuk(en) gehad?	0 0
Heeft u wel eens een bloedtransfusie gekregen?	0 0
Is bij de militaire dienst of andere keuring, u ooit een afwijking gemeld? Zo ja, welke?	0 0
Bent u ooit in de tropen geweest? Zo ja, hoe lang, waar en wanneer?	0 0
Rookt u? Zo ja, wat, hoe lang en hoeveel?	0 0
Bent u het roken gestopt? Zo ja, wanneer, waarom, hoeveel rookt u tevoren?	0 0
Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel per dag of per week?	0 0
Bier, wijn, sterke drank, aperitief	

	Ja/Nee	
Gebruikt u veel suiker of zoetheid, desserts etc.?	0	0
.....		
Zou u gemakkelijk zonder suiker kunnen?	0	0
.....		
Drinkt u meerdere kopjes koffie of thee per dag?	0	0
Zo ja, hoeveel kopjes per dag?		
.....		
Moet u een bepaald dieet houden? Zo ja, wat voor dieet?	0	0
.....		
Eet u onregelmatig?	0	0
Eet u vaak buiten de deur?	0	0
Diepvries, conserven, kant en klaar maaltijden, snacks?	0	0
.....		
Eet u veel vlees? (> 150 gram per dag)	0	0
Gefrituurd voedsel, margarines?	0	0
Komt u minder dan 2 uur/dag in de buitenlucht?	0	0
Werkt u als regel langer dan 8 uur/dag? Zo ja, hoeveel?	0	0
.....		
Heeft u hobby's naast uw werk? Zo ja, welke?	0	0
.....		
Neemt u deel aan sociale activiteiten? Welke?	0	0
.....		
Heeft u minder dan 3 weken vakantie genomen de laatste jaren?	0	0
Maakt u zich zorgen over uw gezondheid?	0	0
Laat uw gezondheid te wensen over?	0	0
Gebruikt u regelmatig medicijnen? Zo ja, welke? S.v.p naam, dosis en Frequentie invullen.	0	0
.....		
Gebruikt u homeopathische middelen, vitaminen, mineralen of andere Voedingssupplementen? Zo ja, welke?	0	0
.....		
Bent u momenteel onder behandeling van uw huisarts, specialist, andere artsen of paramedische behandelaars? Zo ja, waarvoor?	0	0
.....		
Bent u het laatste jaar ziek geweest, zodat u langer dan 2 weken niet heeft kunnen werken?	0	0
Heeft u een slechte eetlust? Zo ja, hoe lang al?	0	0
.....		
Bent u de laatste tijd sneller moe dan vroeger?	0	0
Bent u vermoeid? Zo ja, 's ochtends of 's avonds?	0	0
.....		
Heeft u vage pijnen of andere vage klachten?	0	0
.....		
Zweet u abnormaal veel?	0	0
Heeft u wel eens koorts zonder duidelijke oorzaak?	0	0
Bent u vermagerd? Zo ja, hoeveel kg?	0	0

.....
Bent u wel eens depressief of overspannen geweest? 0 0

5. BLOEDSOMLOOP

.....
Bent u onder controle of behandeling van een cardioloog of internist? Ja/Nee
0 0
Zo ja, welke?

.....
Heeft u nu een hoge bloeddruk? 0 0
Had u vroeger een hoge bloeddruk? 0 0
Wordt (of werd) u voor hoge bloeddruk behandeld? 0 0
Zo ja, met welke medicamenten?

.....
Hebt u wel eens een pijnlijk of beklemd gevoel op de borst? 0 0
Zo ja, wat voor soort pijn is dit?

.....
Sinds wanneer is dit begonnen?

.....
Straalt die pijn ook uit? Zo ja, waarheen? 0 0

.....
Bent u bij die pijn ook misselijk of kortademig? 0 0
Treedt het op bij inspanning (bijv. traplopen, haast)? 0 0
Treedt het op bij temperatuursveranderingen? 0 0
Treedt het op bij emoties of stress? 0 0
Treedt het op na maaltijden? 0 0
Treedt het 's nachts op? 0 0
Duurt het langer dan enkele minuten? 0 0
Treedt de pijn steeds vaker op? 0 0
Gaaf de pijn over door gebruik van het zg. tabletje onder de tong? 0 0
Bent u voor deze pijn wel eens acuut opgenomen geweest? 0 0
Waar en wanneer bent u dan opgenomen?

.....
Welke artsen hebben u daar behandeld?

.....
Hebt u wel eens een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer was dat? 0 0

.....
Heeft u wel eens een hartkatheterisatie ondergaan? 0 0
Zo ja, wanneer heeft deze plaatsgevonden?

.....
In welk ziekenhuis vond dit plaats?

.....
Wat was de uitslag of het advies?

.....
Heeft u wel eens last van hartkloppingen? 0 0
Treden deze onverwacht en spontaan op? 0 0
Treden deze op na inspanning? 0 0
Wordt (of werd) u daartegen behandeld? Zo ja, met welke medicamenten? 0 0

	Ja/Nee	
Heeft u een onregelmatige hartslag?	0	0
Wordt u daarvoor behandeld?	0	0
Hebt u wel eens het gevoel dat uw hart een slag overslaat?	0	0
Hebt u wel eens een hartstilstand gehad, waarvoor hartmassage of defibrillatie moest worden toegepast? Zo ja, waarvoor?	0	0
.....		
Heeft u een pacemaker (gehad)? Zo ja, van wanneer tot wanneer?	0	0
.....		
Hebt u wel eens een hartoperatie ondergaan?	0	0
Zo ja, in welk ziekenhuis en in welk jaar?		
.....		
Hebt u wel eens last van dikke enkels of gezwollen voeten?	0	0
Zo ja, aan beide kanten en wanneer?		
.....		
Wordt u vaak wakker van benauwdheid zodat u rechtop moet gaan zitten?	0	0
Zo ja, met hoeveel kussens slaapt u?		
.....		
Moet u 's nachts vaak naar het toilet?	0	0
Moet u vaak hoesten zonder dat u wat opgeeft?	0	0
Bent u gauw buiten adem, zonder dat u veel inspanning hebt verricht?	0	0
Heeft u moeite met trappen lopen, hardlopen, sport?	0	0
Welke eventuele sport (en) beoefent u en hoe vaak?		
.....		
Heeft u wel eens een inspanningstest op een fiets of lopende band ondergaan?	0	0
Zo ja, met welk resultaat?		
.....		
Heeft u wel eens een afsluiting in een bloedvat of een trombosebeen gehad?	0	0
Zo ja, waar en wanneer?		
.....		
Hoe is deze behandeld?		
.....		
Heeft u zelfs bij warm weer last van koude handen en/of voeten of heeft u herhaaldelijk witte ("dode") vingers?	0	0
Krijgt u pijn in uw onderbenen als u een korte afstand heeft gelopen?	0	0
Zo ja, na hoeveel meter en/of minuten lopen, aan welk been?		
.....		
Hebt u daarvoor wel eens een bloedvaten onderzoek ondergaan?	0	0
Zo ja, wat voor onderzoek, waar en wanneer?		
.....		
Met welk resultaat?		
.....		
Heeft u wel eens een slecht genezende wond aan uw onderbenen gehad?	0	0
Heeft u last van spataderen?	0	0
Heeft u soms kramp in de kuit? Bij rust of 's nachts in bed?	0	0
Zijn er nog andere klachten die u aan uw hart of bloedvaten zou willen toeschrijven? (bijv. oorsuizen, duizeligheid, hoofdpijn, bloeddruk)	0	0

Zo ja, hoe worden deze behandeld?

	Ja/Nee	
Loopt u gemakkelijk blauwe plekken op?	0	0
Gebruikt u antistollingsmiddelen?	0	0
Waar en wanneer is er voor het laatst een elektrocardiogram gemaakt?	0	0
Wanneer is voor het laatst uw bloeddruk gemeten?		

6. LONGEN

Hoest u veel? Zo ja, wanneer?	0	0
Bent u langer dan een maand hees?	0	0
Bent u vaak verkouden?	0	0
Geeft u slijm op bij dit hoesten?	0	0
Zo ja, welke kleur heeft dit? (wit, groen, geel roze)		
Heeft u vaak bronchitis of longontsteking? Wanneer voor het laatst?	0	0
Heeft u last van astma of heeft u vroeger ooit astma gehad?	0	0
Zo ja, sinds wanneer?		
Is uw uitademing bemoeilijkt of piepend?	0	0
Heeft u last bij het inademen?	0	0
Bent u opvallend snel buiten adem bij geringe inspanning?	0	0
Wat helpt het best tegen uw astma?		
Heeft u ooit bloed opgehoest?	0	0
Heeft u in de mijnen gewerkt?	0	0
Bent u veel in aanraking met asbest (geweest)?	0	0
Heeft u tuberculose gehad? Zo ja, wanneer en hoe lang heeft het evt. geduurd?	0	0
Zijn er ooit afwijkingen op röntgenfoto's van de borst gevonden?	0	0
Heeft u ooit een longoperatie ondergaan? Zo ja, waar en wanneer?	0	0
Heeft u nog andere punten die in verband met uw longen gebracht kunnen worden?	0	0

7. MAAG-DARM KANAAL INGEWANDEN

Is uw eetlust de laatste tijd verminderd?	0	0
Komt u gemakkelijk aan in gewicht?	0	0
Zijn er de laatste tijd nog belangrijke gewichtsveranderingen geweest?	0	0
Zo ja, hoeveel en wanneer?		
Heeft u last met doorslikken van voedsel?	0	0
Heeft u last van zuurbranden?	0	0

Heeft u vaak pijn in de buik? Zo ja, waar en wanneer? (bijv. links, rechts, voor/na de maaltijd e.d.)	0	0
	Ja/Nee	
Gebruikt u hiertegen medicamenten? Zo ja, welke?	0	0
Helpen deze u?	0	0
.....		
Heeft u wel eens voedselvergiftiging gehad?	0	0
Heeft u last bij gebruik van bepaalde soorten voedsel? (koffie, chocolade, vet, suiker, koolsoorten, anderen:)	0	0
.....		
Wat voor last is dit?		
.....		
Is uw ontlastingspatroon de laatste tijd veranderd?	0	0
Hoe vaak heeft u ontlasting?		
.....		
Ziet u wel eens iets bijzonders aan uw ontlasting? (bloed of slijm, heel licht of donker)	0	0
.....		
Vaak diarree?	0	0
Vaak obstipatie?	0	0
Wat gebruikt u daartegen?		
.....		
Heeft u last van veel gasvorming, opgeblazen gevoel, winderigheid?	0	0
Heeft u last van aambeien, jeuk rond de anus?	0	0
Zo ja, wat voor medicamenten gebruikt u daartegen?		
.....		
Heeft u ooit geelzucht gehad?	0	0
Heeft u galstenen?	0	0
Heeft u wel eens een maagzweer gehad?	0	0
Heeft u suikerziekte? Zo ja, welke middelen gebruikt u hiertegen?	0	0
.....		
Heeft u ooit een maag-, darm-, of galblaas onderzoek gehad?	0	0
Heeft u wel eens last van uw blinde darm of litteken daarvan (rechter onderbuik)?	0	0
Zo ja, wat voor last en wanneer?		
.....		

8. OGEN

Draagt u een bril of contactlenzen?	0	0
Zo ja, welke brilsterkte? Rechts..... Links..... Sinds.....		
Heeft u ooit een oogoperatie ondergaan?	0	0
Heeft u vaak last van ontstoken ogen?	0	0
Vindt u dat uw gezichtsvermogen achteruit gaat?	0	0
Ziet u wel eens dubbel?	0	0
Heeft u wel eens last van hinderlijke vlekken voor de ogen?	0	0

9. KEEL

Heeft u vaak last van keelpijn?	0	0
---------------------------------	---	---

Heeft u vaak last van slikklachten en/of keelschrapen?	0	0
Zijn uw neusamandelen of keelamandelen (tonsillen) ooit verwijderd?	0	0

Zo ja, op welke leeftijd (en)?

.....

	Ja/Nee	
Heeft u wel eens een abces aan uw amandelen gehad?	0	0
Heeft u wel eens difterie of roodvonk gehad?	0	0
Heeft u vaak een slechte adem?	0	0

10. NEUS

Kunt u slecht door de neus ademen? Ook 's nachts?	0	0
Wordt u vaak wakker met een droge mond?	0	0
Is de neus vaak verstopt? Aan een kant?	0	0
Bent u vaak verkouden?	0	0
Heeft u niesbuien en tranen in uw ogen als u verkouden bent?	0	0
Zijn er wel eens neuspoliepen verwijderd?	0	0
Heeft u wel eens een ontsteking of abces van de bijholten gehad?	0	0
Is er ooit bij u een bijholten gespoeld of geopereerd?	0	0
Bent u ooit aan uw neustussenschot geopereerd?	0	0

11. OREN

Heeft u last van hinderlijke doofheid bij uw werk, thuis of tijdens telefoneren?	0	0
Gaat het gehoor achteruit? Zo ja, sinds wanneer?	0	0
.....		
Heeft u ooit een middenoorontsteking gehad?	0	0
Bent u ooit aan uw oor geopereerd?	0	0
Heeft u last van oorsuizen?	0	0
Zo ja, aan een oor of beide oren? Continue of pulserend met uw hartslag?		
.....		
Draagt u een hoortoestel?	0	0
Heeft u ooit een loopoor gehad?	0	0
Heeft u ooit een trommelvliesperforatie gehad?	0	0

12. GEBIT

Zijn uw verstandskiezen getrokken? Hoeveel? (1-4)	0	0
.....		
Heeft u pijnklachten aan tanden of kiezen?	0	0
Heeft u ontstoken tanden of kiezen?	0	0
Heeft u gemakkelijk bloedend tandvlees?	0	0
Heeft u zenuwkanaalbehandelingen of kaakoperaties ondergaan?	0	0
Zijn er nog wortelresten van getrokken tanden of kiezen?	0	0
Heeft u Amalgam vullingen?	0	0

13. HERSENEN

	Ja/Nee	
Heeft u last van duizeligheid of een onzeker gevoel? Zo ja, wanneer?	0	0
Kunt u zich slecht concentreren? Zo ja, sinds wanneer?	0	0
Heeft u last van geheugenverlies?	0	0
Heeft u ooit een hersenschudding gehad? Zo ja, wanneer?	0	0
Heeft u vaak last van hoofdpijn?	0	0
Zo ja, kunt u die hoofdpijn beschrijven:		
Waar zit de hoofdpijn (voor, achter, links, rechts, rondom, bovenop elders)?		
Wanneer treedt de hoofdpijn op?		
Waardoor wordt het beter?		

14. URINEWEGEN EN VOORPLANTINGSORGANEN

Heeft u problemen met de urinelozing? Zo ja, wat zijn de klachten?	0	0
Kunt u de plas goed ophouden?	0	0
Verliest u geen urine tijdens hoesten, niezen of lachen?	0	0
Heeft u ooit bloed in de urine waargenomen?	0	0
Heeft u nierstenen, voor zover u weet?	0	0
Heeft u ooit een nier- of urineleideroperatie ondergaan?	0	0
Zo ja, waar en wanneer?		
Heeft u last van pijn aanvallen in de rug en zij, waarbij de pijn uitstraalt naar de liezen of onderbuik?	0	0
Heeft u vaak blaasontsteking?	0	0
Heeft u kinderen? Zo ja, hoeveel?	0	0
Zo niet, is dit gewenste of ongewenste kinderloosheid?		
Heeft u geregeld geslachtsverkeer?	0	0
Heeft u hierop commentaar?	0	0
Heeft u ooit een ontsteking gehad aan de geslachtsorganen?	0	0
Zo ja, hoe is deze behandeld?		
VOOR DE VROUW:		
Is uw menstruatie regelmatig?	0	0
Heeft u klachten die samenhangen met de menstruatieperiode?	0	0

Zo ja, wat voor klachten?

.....

Indien u niet meer menstrueert, wanneer en waardoor is dat opgehouden?

.....

	Ja/Nee	
Heeft u last van opvliegingen?	0	0
Heeft u ooit een operatie of ingreep aan de baarmoeder, eierstokken, blaas of borst ondergaan? Zo ja, wat voor operatie en wanneer?	0	0
Gebruikt u de pil?	0	0
Heeft u ooit complicaties gehad bij zwangerschappen?	0	0
Gebruikt u hormoontabletten, -injecties -gel of pleisters?	0	0

VOOR DE MAN:

Heeft u klachten of bent u ooit geopereerd aan de prostaat?	0	0
Moet u 's nachts uw bed uit om te plassen? Zo ja, hoe vaak?	0	0

Is de straal minder dan vroeger of moet u langer wachten tot er wat komt?	0	0
Druppelt het lang na?	0	0
Heeft u wel eens een ontsteking aan voorhuid, teelbal, bijbal, of prostaat gehad?	0	0

15. BOTTEN EN GEWRICHTEN

Heeft u wel eens iets gebroken?	0	0
Heeft u uw stuitje wel eens flink gekneusd?	0	0
Heeft u ooit een beenvliesontsteking gehad?	0	0
Heeft u ooit acuut gewrichtsreuma gehad? Zo ja, hoe bent u hiervoor behandeld?	0	0

Heeft u last van uw botten en/of gewrichten? (rugklachten, nekklachten, heupen, knieën, polsen, tennisarm) Zo ja, welke?	0	0
---	---	---

Bent u ooit aan botten of gewrichten geopereerd?	0	0
Zo ja, aan welk(e) gewricht (en) en wanneer?		

16. OPERATIES EN LITTEKENS

Wilt u nog eens opnoemen welke operaties u heeft ondergaan en wanneer die hebben plaatsgevonden (ook kleine wondhechtingen, steenpuisten, likdoorns, abscessen e.d.) vermelden?:

.....

.....

.....

Heeft u littekens die slecht genazen of lange tijd ontstoken zijn geweest?	0	0
Welke littekens zijn nog steeds gevoelig, jeuken bij verandering van weer e.d.?		

Heeft u behalve voor deze operatie(s), al eens vaker in een ziekenhuis gelegen?	0	0
---	---	---

Zo ja, waar, wanneer en waarvoor?

.....

17. DIVERSEN

Heeft u ooit een bloedtransfusie ondergaan?

Ja/Nee

Zo ja, gaf dit enige problemen? Wat voor?

0 0

.....

MEDICAMENTEN

Welke medicamenten gebruikt u?

.....

.....

WAT ZIJN UW VOORNAAMSTE KLACHTEN?

(Het is van belang, dat u dit zo nauwkeurig mogelijk invult.)

Indien geen klachten, uw belangrijkste motief voor deze medische check-up:

.....

.....

.....

Datum:

Handtekening: