

Naam:
Geboortedatum:

Vragenlijst jaarcontrole

U komt op het spreekuur voor uw jaarcontrole i.v.m. het opsporen en behandelen van risicofactoren voor hart en vaatziekten. Ter voorbereiding op deze afspraak vragen wij u om enkele vragen te beantwoorden en deze lijst mee te nemen naar uw afspraak. De praktijkondersteuner weet dan wat u wilt bespreken.

Algemeen

Wat wilt u bij deze afspraak zeker bespreken?

.....
.....
.....

Klachten

Heeft u klachten die betrekking hebben op deze afspraak?

.....
.....
.....

Heeft u last van:

		<u>Ja</u>	<u>Nee</u>
1. Pijn of druk op de borst?	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kortademigheid bij inspanning?	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hartkloppingen?	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dikke enkels?	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 's Nachts vaker dan 2 keer uit bed moeten om te plassen?	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kortademigheid als u ligt?	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pijn in de benen als u een eindje loopt?	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, zakt deze pijn weer als u even uitrust? (etalagebenen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicatie

		<u>Ja</u>	<u>Nee</u>
1. Gebruikt u medicijnen?	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft u last van bijwerkingen van uw medicatie?	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heeft u moeite om uw medicijnen dagelijks in te nemen?	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gebruikt u zelfzorgmedicijnen? (medicijnen die u zelf koop bij de apotheek of drogist?)	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke?			

.....
.....
.....

Leefstijl**Roken**

- | | | Ja | Nee |
|---|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rookt u? | 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, denkt u er wel eens over om te stoppen? | 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, heeft u het afgelopen jaar geprobeerd om te stoppen? | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Voeding

- | | | Ja | Nee |
|--|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Zou u iets aan uw voeding willen veranderen? | 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft u het afgelopen jaar een dieet gevolgd? | 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Heeft u vragen over uw voeding? | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke? | | | |

.....

.....

.....

Beweging

Welke vormen van lichaamsbeweging beoefent u?

.....

.....

Hoeveel tijd besteed u aan bewegen?

..... minuten/uren – per dag/week

- | | | Ja | Nee |
|---|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bent u het afgelopen jaar minder gaan bewegen? | 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bent u het afgelopen jaar meer gaan bewegen? | 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zou u meer aan lichaamsbeweging willen doen? | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Heeft u vragen over uw lichaamsbeweging? | 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke? | | | |

.....

.....

Alcohol

- | | | Ja | Nee |
|---|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. Gebruikt u alcohol? | 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, hoeveel glazen per dag? | | | |
| 2. Bent u het afgelopen jaar meer alcohol gaan drinken? | 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bent u het afgelopen jaar minder alcohol gaan drinken? | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Zou u iets aan uw alcoholgebruik willen veranderen? | 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Heeft u vragen over uw alcoholgebruik? | 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke? | | | |

.....

.....

Komen er hart- en vaatziekten voor bij uw vader, moeder, broers,
of zussen, ontstaan op 65 jarige leeftijd of jonger?

- | | Ja | Nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....