

MEDISCHE VRAGENLIJST

U bent van plan om een preventief medisch onderzoek te ondergaan.

Het doel van deze vragenlijst is om een beeld van uw gezondheidstoestand te krijgen en de dokter hiervan op de hoogte te brengen.

Het principe van preventieve geneeskunde berust op het aan het licht brengen van gezondheidsproblemen; de behandeling hiervan valt echter onder de bevoegdheid van uw behandelend geneesheer. Daarom stellen wij u voor deze een kopie van het dossier, dat u na het onderzoek krijgt, te laten bezorgen.

Gelieve deze vragenlijst thuis zorgvuldig in te vullen en deze de dag van uw onderzoek mee te brengen. We zijn er ons van bewust dat het invullen van deze vragenlijst soms een behoorlijke inspanning vergt met vaak enig zoekwerk in uw medische archieven.

Dit deel van uw check-up is nochtans essentieel voor uw eerste onderzoek in ons centrum, voor vervolgonderzoeken zal deze taak veel eenvoudiger zijn.

INDIEN U NAAR HET BUITENLAND VERTREKT:

- ✓ **Vul zorgvuldig het gedeelte over “inentingen” van deze vragenlijst in !!!**
- ✓ **Naar welk land gaat u?**
- ✓ **Hoe lang zult u in het buitenland verblijven?**
- ✓ **Geniet u van een preventieve behandeling tegen malaria ?**
- ✓ **Is er een medisch controle-onderzoek voorzien bij uw periodieke of definitieve terugkeer?**
- ✓

Naam:
Naam echtgenote:
Voornamen:
Geslacht:
Adres:
Telefoon privé:
Telefoon werk:
E-mailadres:
Geboortedatum:
Nationaliteit:
Werkgever:
Beroep:
Huisarts (naam en adres):

FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS

Graad van verwantschap	Leeftijd (of leeftijd van overlijden)	Gezondheidstoestand - ziekte	Leeftijd bij begin van de ziekte	Indien overleden, doodsoorzaak
Vader				
Moeder				
Broer 1				
Broer 2				
Zuster 1				
Zuster 2				
<i>Familie vaderskant:</i> Grootvader Grootmoeder Oom 1 Oom 2 Tante 1 Tante 2				
<i>Familie moederskant:</i> Grootvader Grootmoeder Oom 1 Oom 2 Tante 1 Tante 2				

Denkt u in het bijzonder aan:

- Plotseling overlijden
- Hartinfarct
- Angina pectoris (insufficiëntie van de kransslagader waarvoor speciale behandeling nodig is)
- Arteritis (slagaderaandoening)
- Beroerte (CVA, trombose of hersenbloeding)
- Hoge bloeddruk (hypertensie)
- Diabetes type 1 (treedt op jonge leeftijd op, insuline injecties)
- Diabetes type 2 (op latere leeftijd, orale behandeling)
- Jicht (urinezuur)
- Kanker: borsten – prostaat – ingewanden/dikke darm – longen – maag – melanoom/huid - andere
- Glaucoom
- Doofheid of slechthorendheid vanaf geboorte
- Hyperthyroidie – hypothyroidie
- Astma
- Aandoening aan het immuunsysteem (reumatoïde artritis, lupus)
- Probleem met bloedstolling (bloedingen of trombose)
- Mentale aandoening, zelfmoord

PERSOONLIJKE MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Hebt u geleden aan of bent u opgenomen geweest voor:

In welk jaar?

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en het jaar te preciseren)

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Een longaandoening (astma, chronische bronchitis<input type="checkbox"/> Een KNO-aandoening (keel, neus, oor)<input type="checkbox"/> Een hartkwaal<input type="checkbox"/> Een vasculaire aandoening (slagaderontsteking, tromboflebitis, embolie ...)<input type="checkbox"/> Een neurologische aandoening (migraine, epilepsie)<input type="checkbox"/> Een maag-darm stoornis<input type="checkbox"/> Een nier- of urologische aandoening (prostaat, blaas, niersteen<input type="checkbox"/> Een leveraandoening<input type="checkbox"/> Een endocriene aandoening (diabetes, schildklier<input type="checkbox"/> Een infectieziekte<input type="checkbox"/> Een osteo-articulaire aandoening: breuk, letsel aan ligamenten, spieren, gewrichten?<input type="checkbox"/> Een hematologische aandoening (bloedarmoede, transfusie, bloedziekte<input type="checkbox"/> Een oogandoening (glaucoom, staar)<input type="checkbox"/> aangeboren afwijkingen<input type="checkbox"/> Lymfeklieren<input type="checkbox"/> Psychische stoornissen<input type="checkbox"/> Bent u al eens meer dan 14 dagen arbeidsongeschikt geweest?<input type="checkbox"/> Bent u ooit behandeld geweest met<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> chemotherapie<input type="radio"/> bestraling<input type="radio"/> hormonen<input type="checkbox"/> Bent u slachtoffer geweest van een ongeval?<input type="checkbox"/> Heeft men u bij een vorige check-up gewezen op een afwijking?<input type="checkbox"/> Bent u al in tropische landen geweest? Welke? <input type="checkbox"/> Andere	
--	--

PERSOONLIJKE CHIRURGISCHE VOORGESCHIEDENIS

In welk jaar?

Bent u geopereerd aan :

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en het jaar te preciseren)

<input type="checkbox"/> Een longaandoening <input type="checkbox"/> Een KNO-aandoening (keel, neus, oor) <input type="checkbox"/> Een cardiovasculaire aandoening (hart, slagaders, aders ...) <input type="checkbox"/> Een neurologische aandoening <input type="checkbox"/> Een aandoening aan het maagdarmkanaal (appendix, lever, galblaas) <input type="checkbox"/> Een nier- of urologische aandoening (prostaat, blaas ...) <input type="checkbox"/> Een endocriene aandoening (schildklier) <input type="checkbox"/> Een orthopedische of traumatische aandoening <input type="checkbox"/> Een oogandoening (refractieve heelkunde, glaucoom, staar....) <input type="checkbox"/> Aangeboren afwijkingen <input type="checkbox"/> Andere	
--	--

GYNAECOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen, eventueel het jaar te preciseren of geef een antwoord op de gestelde vraag)

<input type="checkbox"/> Leeftijd van eerste menstruatie? <input type="checkbox"/> Hoeveel zwangerschappen hebt u gehad (miskramen en eventuele zwangerschapsonderbrekingen inbegrepen)? <input type="checkbox"/> Leeftijd van eerste zwangerschap? <input type="checkbox"/> Verliepen de zwangerschappen op een normale manier? <input type="checkbox"/> In welk jaar/jaren bent u bevallen? <input type="checkbox"/> Waren het normale bevallingen? <input type="checkbox"/> Gebruikt u anticonceptiemiddelen: pil – spiraaltje zonder hormonen – spiraaltje met hormonen – sterilisatie – condoom – andere? <input type="checkbox"/> Is uw menstruatie <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> normaal<input type="radio"/> onregelmatig<input type="radio"/> overvloedig<input type="radio"/> lang <input type="checkbox"/> Op welke datum had u uw <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> vorige/laatste menstruatie?<input type="radio"/> vorige/laatste mammografie?<input type="radio"/> vorige/laatste gynaecologisch uitstrijkje? <input type="checkbox"/> Op welke leeftijd is uw menopauze ingetreden? <input type="checkbox"/> Neemt u of hebt u een hormonale substitutiebehandeling genoten? Hoe lang? <input type="checkbox"/> Hebt u aan een gynaecologische aandoening geleden, bent u ervoor opgenomen of aan geopereerd? In welk jaar?	
---	--

ALLERGIEËN

Hebt u al een allergische reactie vertoond ?

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- op medicijnen
- voeding
- respiratoir
- hooikoorts, allergische rhinitis
- huid
- insectenbeet
- andere

- Hebt u al allergietesten ondergaan?

BEHANDELING EN MEDICATIE

Welke medicijnen gebruikt u regelmatig?

Naam	Dosis (mg)	Aantal keer per dag	Sinds wanneer?

Welke medicijnen gebruikt u af en toe?

Naam	Dosis (mg)	Aantal keer per dag	Sinds wanneer?

Denkt u vooral aan

- slaapmiddelen?
- kalmeringsmiddelen?
- antidepressiva?
- bloeddrukverlagers?
- medicijnen voor het hart?
- medicijnen voor de vertering?
- contraceptie?
- voedingssupplementen?

Ondergaat u andere behandelingen?

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- kinesitherapie
- osteopathie
- dragen van steunkousen
- gehoorapparaten
- steunzolen
- pacemaker
- apparaat voor de behandeling van slaapapneu (CPAP)
- andere medische voorzieningen ?
-

Welke inentingen hebt u gehad? of beter: breng uw inentingskaart mee!!!!

Type	Datum van de laatste dosis	Totaal aantal dosissen
Tetanus		
Difterie		
Kinkhoest		
Pneumokokken		
Griep		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Polio		
Meningitis A,C,W,Y		
Buiktyfus		
Rabies of hondsdolheid		
Gele koorts		
Andere:		

LEVENSTIJL

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen, onderlijn en geef de nodige details)

Rookt u? sigaretten – sigaren – cigarillo's – pijp - cannabis

Hoeveel sigaretten per dag en sinds wanneer?

Bent u al gestopt met roken?

Doet u aan lichaamsbeweging?

Wat?

Hoeveel uur per week?

Voeding:

Gebruikt u zuivelproducten? Meerdere keren per dag – 1x per dag – af en toe

Hoeveel porties van 100 g groenten en/of fruit per dag?

Eet u vis? Meerdere keren per week– 1x per week– af en toe

Hoeveel keer per week eet u rood vlees of charcuterie?

Hoeveel glazen of kopjes cafeïne houdende dranken per dag (koffie, thee, cola)?

Hoeveel alcoholhoudende drankjes? Per dag – per week – af en toe

Volgt u een dieet?

○ Arm aan cholesterol

○ Arm aan suiker

○ Vegetarisch

○ Veganistisch

○ Zoutarm

Vertoont u een voedingsintolerantie bevestigd door medische testen?

Lactose-intolerantie

Gluten-intolerantie

Andere

ALGEMENE VRAGEN

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Oordeelt u dat u een slechte gezondheid hebt?
- Slaapt u slecht?
- Hebt u last van een ongewone of onverklaarde vermoeidheid?
- Bent u afgevallen of aangekomen? Hoeveel kilo in hoeveel tijd?
- Hebt u last van gebrekkige eetlust?
- Hebt u soms last van onverklaarde temperatuurverhoging?
- Hebt u onverklaarde pijnen?
- Transpireert u abnormaal?
- Voelt u zich prikkelbaar?
- Gebruikt u drugs (of hebt u dat gedaan)?
- Werkt u deeltijds?
- Voelt u zich sociaal geïsoleerd?
- Hebt u een hobby?

HART EN LONGEN

- Hebt u ademnood
 - o bij rust?
 - o bij inspanning?
 - o 's nachts?
 - o na de maaltijd?
- Hebt u het benauwd of voelt u pijn in de borst?
- Hebt u last van hartkloppingen?
- Hebt u regelmatig opgezwollen voeten?
- Voelt u pijn in uw benen als u wandelt?
- Hebt u "zware" benen?
- Hebt u spataders?
- Zijn uw vingers regelmatig wit, blauw of pijnlijk?
- Hoest u regelmatig met of zonder fluimen (kleur of aanwezigheid van bloed)?
- Hebt u soms last van een piepende ademhaling?

SPIJSVERTERING

- Hebt u regelmatig buikpijn?
- Hebt u last van misselijkheid, overgeven?
- Hebt u problemen met de vertering?
 - o zwaar gevoel
 - o opgeblazen gevoel, gas
- Hebt u last van oprispingen ("zuur")? Hoe vaak?
- Hebt u last met uw ontlasting?
 - o constipatie– diarree – afwisselend
 - o onregelmatig?
 - o met bloed?
 - o zwart?
- Andere ongewone aspecten?
- Hebt u last van aambeien?
- Wat is de datum van uw laatste colonoscopie en het resultaat?

URO-GENITAAL STELSEL

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

Voor mannen:

Wat de **prostaat** betreft:

- hebt u al het gevoel gehad dat uw blaas niet helemaal leeg was na het urineren?
- hebt u binnen de twee uur na het urineren weer de behoefte om te urineren?
- hebt u al een onderbreking gehad tijdens het urineren waarna het weer doorging?
- hebt u moeilijkheden om u in te houden als u moet urineren?
- hebt u een vermindering van het volume van urine of een zwakke straal?
- moet u zich forceren om te urineren of hard drukken om te beginnen?
- hoe vaak moet u gemiddeld per nacht opstaan om te urineren?

Uw **testes** zijn

- pijnlijk?
- verhard?
- veranderd van volume?

Andere problemen?

- Hebt u problemen met uw penis?
- Hebt u bloed in uw urine?

Voor vrouwen:

- Hoeveel keer per nacht staat u gemiddeld op om te urineren?
- Hebt u bloed in uw urine?
- Hebt u bloedverlies tussen de menstruatieperiodes?
- Hebt u pijnlijke borsten voor de menstruatie?
- Hebt u vochtverlies uit uw borsten?
- Hebt u een knobbeltje in uw borsten of oksels opgemerkt?
- Hebt u abnormaal vochtverlies uit uw vagina (geur, kleur)?
- Is de geslachtsgemeenschap pijnlijk of problematisch?
- Hebt u problemen met uw vulva (jeuk, verzwering)?
- Hebt u recidiverende infecties aan de urinewegen?
- Hebt u last van urineverlies of dringende behoefte om te urineren?

NEUROLOGISCH STELSEL

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Hebt u last van duizeligheid?
- Hebt u last van flauwtes (bewustzijnsverlies)?
- Hebt u last van tintelingen in uw ledematen?
- Hebt u een verminderd gevoel vastgesteld?
- Hebt u een vermindering van spierkracht gemerkt?
- Trilt of bibbert u?
- Hebt u problemen met uw:
 - o evenwicht?
 - o spraak?
 - o geheugen?
- Hebt u last van hoofdpijn?
 - o hoe vaak
 - o sinds kort of al langer bekend?
 - o gepaard gaand met andere symptomen (misselijkheid, overgeven, last van licht, last van lawaai)?

MOTORISCH STELSEL

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Hebt u last van gewrichtspijnen of ochtendstijfheid?
- Hebt u rugpijn?
- Hebt u nekpijn?
- Hebt u breuken?
- Hebt u last van spierkramp?

K.N.O.

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Gehoor:
 - o Hebt u oorsuizingen?
 - o Hebt u een verminderd gehoor ondervonden?
- Hebt u problemen met uw oren (loopoor)?
- Hebt u regelmatig een bloedneus?
- Hebt u een chronische loopneus?
- Hebt u problemen met uw lippen, tong, mond of keel?
- Hebt u soms last van heesheid?
- Hebt u problemen met slikken?
- Snurkt u met of zonder apneu?

DERMATOLOGIE

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Gaat u regelmatig naar een dermatoloog? Hoe vaak?
- Hebt u huidproblemen?
- Hebt u een geboorte- of pigmentvlek die onlangs veranderd is?
- Hebt u haaruitval?
- Hebt u makkelijk huiduitslag of jeuk?

OFTALMOLOGIE

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Lijdt u aan
 - Myopie of bijziendheid
 - hypermetropie of verziendheid
 - astigmatisme
 - presbytie
- Heeft uw gezichtsvermogen een correctie nodig:
 - welke: bril – lenzen - andere
 - hoeveel dioptrie: linkeroog: _____ rechteroog: _____
- Voelt u spanning of pijn aan uw ogen?
- Prikken uw ogen?
- Is uw gezichtsvermogen onlangs achteruit gegaan?
- Is uw gezichtsvermogen m.b.t. kleuren abnormaal?

BLOED- EN AFWEERSYSTEEM

(gelieve de passende vakjes aan te kruisen en geef eventueel commentaar)

- Bloedt u makkelijk?
 - Neusbloedingen
 - Tandvleesbloedingen
- Hebt u sinds kort last van opgezwollen klieren?
- Hebt u al last gehad van ijzergebrek of bloedarmoede?
- Hebt u ooit bloed gegeven?

Graad van stressperceptie (PSS 10)

Deze test is het meest gebruikte en eenvoudige instrument om de perceptie van eenieder ten opzichte van stress te evalueren. Het resultaat heeft in geen enkel geval de waarde van een medische diagnose. Deze test laat toe om bepaalde inlichtingen te vergaren om zo enige aspecten van uw privé of zakelijke leven te wijzigen en indien nodig medische of psychotherapeutische hulp te zoeken.

Deze test mag u niet veel tijd vergen. Antwoordt vlug en zo spontaan mogelijk. De vragen gaan over uw gevoelens van de afgelopen maand.

Vink het vakje aan dat het best overeenkomt met uw ervaring of gedachte gedurende de laatste maand	Nooit	Bijna nooit	Soms	Vrij vaak	Heel vaak
1. Hoe vaak bent u de voorbije maand overstuur geweest door iets dat onverwacht gebeurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hoe vaak hebt u de voorbije maand gevoeld dat u niet in staat was de belangrijke dingen in uw leven te controleren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hoe vaak hebt u zich in de voorbije maand zenuwachtig en gestresseerd gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hoe vaak hebt u zich de voorbije maand zelfverzekerd gevoeld over uw mogelijkheid om uw persoonlijke problemen aan te pakken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hoe vaak hebt u de voorbije maand gevoeld dat het goed met u ging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hoe vaak vond u de voorbije maand dat u het hoofd niet kon bieden aan al de dingen die u moest doen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hoe vaak kon u de voorbije maand ergernissen in uw leven onder controle houden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hoe vaak had u de voorbije maand het gevoel dat u de dingen onder controle had?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hoe vaak bent u de voorbije maand boos geworden door zaken die gebeurden en waar u zelf niets kon aan doen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hoe vaak hebt u de voorbije maand gevoeld dat problemen zich zo sterk opstapelden, dat u ze niet meer te boven kon komen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>