



VRAGENLIJST

Hierbij treft u een vragenlijst aan. Wij verzoeken u deze lijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Bij de beantwoording van een aantal vragen kunt u volstaan met het aankruisen van een keuzemogelijkheid. In die gevallen, waarin u zelf moet schrijven, verzoeken wij u dit zo duidelijk mogelijk te doen. Ook vragen, die u misschien als onbelangrijk of niet ter zake voorkomen, kunnen uiteindelijk toch van belang zijn. Daarom verzoeken wij u **alle** vragen in te vullen.

Voorletters	Geslacht <input type="checkbox"/> Man / <input type="checkbox"/> vrouw
Achternaam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Emailadres	
Telefoonnummer	
BSN-nummer	
Naam huisarts	
Adres huisarts	

Wilt u hieronder aangeven, **graag in korte bewoordingen**, wat uw klachten zijn?

Sinds wanneer bestaan deze klachten?

Bent u voor deze klachten behandeld? Zo ja, door wie?

Indien er bij u in het verleden röntgenfoto's, scans e.d. gemaakt zijn, wilt u hieronder dan aangeven in welke ziekenhuizen (graag naam en plaats ziekenhuis vermelden)?

Medische voorgeschiedenis

Bent u in het verleden geopereerd?

Nee

Ja

Geopereerd aan	Jaartal	Naam/plaats ziekenhuis van operatie
1.		
2.		
3.		
4.		

Heeft u in het verleden ongevallen gehad?

Nee

Ja

Letsel van welk lichaamsdeel	Naam/plaats ziekenhuis van behandeling
1.	
2.	
3.	

Bent u ooit voor andere klachten opgenomen geweest?

Nee

Ja

Naam/aard klacht	Naam/plaats ziekenhuis van behandeling
1.	
2.	
3.	
4.	

Heeft u een chronische ziekte?

Nee

Ja

Naam ziekte	Naam/plaats behandelend arts
1.	
2.	

Intoxicaties

Roekt u?

Nee

Ja, minder dan 10 sigaretten per dag

Ja, 10 tot 20 sigaretten per dag

Ja, meer dan 20 sigaretten per dag

Ja, sigaren

Ja, pijp

Gebruikt u alcohol?

Nee

Ja, niet meer dan 2 glazen per dag

Ja, 3 tot 6 glazen per dag

Ja, 6 of meer glazen per dag

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja, namelijk:

Gebruikt u medicijnen? Nee Ja

Naam medicijn	Hoeveelheid en hoe vaak per dag
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Sociale anamnese

Wat is uw burgerlijke status?

- Ongehuwd
 Gehuwd/samenwonend, sinds: Leeftijd partner: jaar
 Weduwnaar/weduwe, sinds: Leeftijd partner bij overlijden: Jaar
 Gescheiden, sinds:

Heeft u kinderen?

Nee Ja

Geboortedatum	Jongen/meisje	Gezondheidssituatie	School/beroep
1.			
2.			
3.			
4.			

Leeft uw moeder?

- Ja, gezondheidstoestand:
 Nee, leeftijd bij overlijden: jaar
oorzaak overlijden:

Leeft uw vader?

- Ja, gezondheidstoestand:
 Nee, leeftijd bij overlijden: jaar
oorzaak overlijden:

Heeft u broers/zussen?

Nee Ja

Leeftijd	Man/vrouw	Gezondheidssituatie	Beroep
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Hoe woont u? Appartement Eengezinswoning Vrijstaand huis
 Heeft u een tuin? Nee Ja
 Heeft u huisdieren? Nee Ja, namelijk:
 Heeft u een rijbewijs? Nee Ja
 Beoefent u een sport? Nee Ja

1. _____
 2. _____
 3. _____

Wat zijn uw hobby's?

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Opleiding en beroep

Geef hieronder aan welk **voortgezet** onderwijs u heeft gevolgd en met welke resultaten

Aard onderwijs	Diploma ja/nee
1.	
2.	
3.	

Geef hieronder aan welke andere diploma's u hebt behaald en/of welke cursussen u gevolgd heeft

Naam diploma/cursus	Duur cursus	Diploma ja/nee
1.		
2.		
3.		

Geef hieronder aan waar u werkzaam bent geweest

Beroep (functie of korte beschrijving)	Periode (jaartal aanvang en einde)	Naam bedrijf
1.		
2.		
3.		
4.		

Geef hieronder van uw **laatste** functie aan wat dit werk inhoudt (denk daarbij aan lengte van de werkdag, onregelmatige diensten en een beschrijving van de werkzaamheden en werkbelasting).

Vragenlijst ingevuld d.d. :