



Naam:

Geboortedatum: ___/___/_____

Geslacht? o vrouw o man

Telefoonnr (bij voorkeur gsmnr):

Emailadres:

Heeft u een te hoge bloeddruk?	Ja / Nee / Onbekend
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	Ja / Nee
Heeft u diabetes (suikerziekte)?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft u een hart- of vaatziekte (gehad)?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft uw vader/broer (schrapp wat niet past) een hart- en vaatziekte vóór zijn 55 jaar (gehad)?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft uw moeder/zus (schrapp wat niet past) een hart- en vaatziekte vóór haar 65 jaar (gehad)?	Ja / Nee / Onbekend

Rookt u of heeft u gerookt?	Ja / Nee
Indien ja, specificieer (Hoeveel jaar? Hoeveel sigaretten/dag?):	Jaar: Sig/d:
Datum rookstop (indien van toepassing):	. . / . . / . .
Indien u rookt, bent u van plan nu of in de nabije toekomst te stoppen met roken?	Ja / Nee

Hoe vaak drinkt u alcohol? (schrapp wat niet past)

 Nooit/ Maandelijks of minder/ 2 à 4x per maand/ 2 à 3x per week/ 4 of meer keer per week.

Wanneer u drinkt, hoeveel standaardglazen drinkt u dan gewoonlijk op een dag? (schrapp wat niet past)

 Niet van toepassing / 1 of 2 / 3 of 4 / 5 of 6 / 7 tot 9 / 10 of meer

Hoe vaak gebeurt het dat u zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid? (schrapp wat niet past)

 Niet van toepassing/ Nooit/ Minder dan maandelijks/ Maandelijks/ Wekelijks/ Dagelijks of bijna dagelijks

Lengte?		cm
Gewicht?		kg
Eet u dagelijks groenten en fruit?	Ja / Nee	

Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	Ja / Nee
Doet u aan "extra" lichaamsbeweging? (vb: wandelen, fietsen, ...)	Ja / Nee
Specificieer (soorten activiteit? aantal minuten per week?):	

Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	Ja / Nee
Heeft uw vader/ moeder/ broer/ zus (schrapp wat niet past) diabetes (suikerziekte)?	Ja / Nee / Onbekend
Heeft u ooit verhoogde suiker gehad tijdens een ziekenhuisopname?	Ja / Nee
Voor vrouwen: Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	Ja / Nee
Voor vrouwen: Heeft u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap gehad?	Ja / Nee / Onbekend

Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	Ja / Nee / Onbekend
Datum laatste vaccinatie tegen tetanus (zo gekend):	. . / . . / . .
Bent u hart-, long- of nierpatiënt?	Ja / Nee
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	Ja / Nee

Komt darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus (schrapp wat niet past)?	Ja / Nee / Onbekend
Zo ja, bij wie en op welke leeftijd werd de darmkanker vastgesteld? (vb: vader - 56 jaar)
Heeft u in de voorbije 10j in uw darmen laten kijken?	Ja / Nee
Indien ja, wanneer en om welke reden? (vb: in 2008 omwille van zwarte stoelgang)	Wanneer: Reden:

Voor mannen en vrouwen vanaf 50 jaar:	
Is uw laatste stoelgangstaal (iFobt) meer dan 2 jaar geleden?	Ja/ Nee/ Onbekend

Voor **vrouwen**:

Komt er borstkanker voor in uw familie?	Ja / Nee / Onbekend
Zo ja, hoe is (zijn) deze persoon (personen) verwant aan u en op welke leeftijd werd er borstkanker vastgesteld? (vb: zus - 47 jaar)
Komt er eierstokkanker voor in uw familie?	Ja / Nee / Onbekend
Zo ja, hoe is (zijn) deze persoon (personen) verwant aan u?

(vb: tante en grootmoeder)
Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? Ja/ Nee/ Onbekend

Voor **vrouwen** vanaf 50 jaar:
Is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden? Ja / Nee / Onbekend

Voor **mannen** jonger dan 75 jaar:
Heeft uw vader of broer prostaatanker die vastgesteld werd vóór de leeftijd van 65jaar? Ja / Nee / Onbekend

Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid? Ja / Nee
Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed? Ja / Nee
Indien ja op één van bovenstaande vragen, wenst u hiervoor hulp van uw huisarts (of een andere gezondheidsmedewerker)? Ja / Nee

Onderging u reeds een botdichtheidsmeting (DEXA-meting)? Ja / Nee / Onbekend
Heeft u de laatste 2 jaar een wervelbreuk doorgemaakt? Ja / Nee
Hoeveel andere (niet-wervel) botbreuken heeft u doorgemaakt
- de afgelopen twee jaar?
- sinds uw 50ste, maar langer dan twee jaar geleden? (enkel invullen indien >50j)
Bent u het afgelopen jaar meer dan 2 keer gevallen? Ja / Nee
Heeft één van uw ouders een heupfractuur doorgemaakt? Ja / Nee / Onbekend

Heeft u plasproblemen? Ja / Nee
Zo ja, specificeer. Vb: frequent plassen van kleine hoeveelheden, ongewenst urineverlies, frequent (> 2x) 's nacht opstaan om te plassen, nadruppelen, zwakke straal... ..

Heeft u het voorbije jaar slaap- of kalmeermiddelen genomen? Ja / Nee
Welke medicatie neemt u dagelijks? (noteer al uw medicatie, ook uw slaap- en kalmeermiddelen)

Naam geneesmiddel	Aantal per dag

Welke medicatie neemt u soms? (vb: pijnstillers, maagmedicatie, neussprays, ...)

Naam geneesmiddel	Aantal per dag

Met welke arts bespreekt de verpleegkundige liefst deze vragenlijst?

Opmerkingen:
(gebruik onderstaande ruimte voor uw aanvullende opmerkingen)

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