Groepspraktijk Groen Zuid

Roodenbekehoek 14 (bus 1) - 2660 Hoboken

|  |
| --- |
| Klevertje van de mutualiteit |

www.praktijkgroenzuid.be

03 889 64 16

**Welkom in onze praktijk!**

Voor een peiling van uw gezondheidstoestand en het aanvullen van uw medisch dossier vragen wij u vriendelijk om deze vragenlijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten duren. Vul de vragenlijst **voor** uw afspraak, zodat er tijdens de consultatie voldoende tijd is om de aandachtspunten te overlopen. De artsen zullen alle informatie met zorg en discretie behandelen.

# **Huisregels:**

Kom op tijd op uw afspraak. Annuleer uw afspraak ten laatste 24 uur op voorhand als u niet kan komen. Wanneer u 3 x te laat komt of niet bent gekomen, wordt u uitgeschreven. Kom met één patiënt en één probleem tegelijkertijd.

**Medische vragenlijst:**

# **Persoonlijke gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Voornaam en familienaam** |  |
| **Adres** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Burgerlijke staat** |  |
| **Beroep** |  |
| **Lengte** |  |
| **Gewicht** |  |
| **Bloedgroep** |  |
| **Naam partner** |  |
| **Naam kind(eren)** |  |
| **Naam en adres van de vorige huisarts** |  |

**Heeft u klachten (gehad) van: sinds wanneer? Welke specialist?**

* Suikerziekte
* Longziekten (astma, COPD)
* Hoge bloeddruk
* Hart- en vaatziekten
* Lever- of darmziekten
* Schildklierziekten
* Epilepsie
* Overspannenheid of burn out
* Depressie
* Angstklachten
* Eetstoornis
* Aanhoudende gewrichtsklachten
* Geslachtsziekten
* Andere ziekten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u **geneesmiddelen**? Zo ja, welke medicijnen, welke dosering en frequentie?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u overgevoelig of **allergisch** voor geneesmiddelen (welke) of andere beestanddelen of allergenen (zoals huisstofmijt, …?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hebt u al eens een operatie gehad? Zo ja, welke **operatie**, en wanneer?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Levensstijl:**

* Ik heb als kind al mijn vaccinaties gekregen
* Mijn laatste vaccinatie voor tetanos is minder dan 10j geleden
* Ik neem een griepvaccin
* Ik eet dagelijks groenten
* Ik eet dagelijks fruit
* Ik beweeg regelmatig
* Ik sport regelmatig
* Ik beweeg of sport niet regelmatig
* Ik rook. Indien u rookt: aantal pakjes per dag: \_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_\_ jaren
* Ik ben gestopt met roken sinds \_\_\_\_\_\_\_ ik rookte \_\_\_\_\_ pakjes per dag sinds \_\_\_\_\_\_
* Ik drink alcohol. Indien u alcohol drinkt: aantal glazen per dag: \_\_\_\_\_ of per week: \_\_\_\_\_ of per maand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ik gebruik drugs. Indien u drugs gebruikt: welke\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hoe vaak\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sinds wanneer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ik doe mee aan het bevolkingsonderzoek voor dikkedarmkanker (vanaf 50j)
* Voor vrouwen:
  + Ik doe mee aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker (vanaf 25j)
  + Ik doe mee aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (vanaf 50j)

# **Familiale ziekten**

Komen de volgende ziektes bij u in de **familie** voor? (Gelieve telkens de verwantschap en leeftijd van de persoon te noteren.)

* Suikerziekte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Longziekten (astma, COPD):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hoge bloeddruk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hart- en vaatziekten, beroerte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nierziekten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Psychische ziekten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Kanker (soort kanker): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Wilsverklaring:

* Ik heb een wilsverklaring
* Ik heb nog geen wilsverklaring, maar wens hier meer informatie over