



Huisartsenpraktijk Ter Apel

Marktstraat 65
9561 GL Ter Apel
Tel. (0599) 58 90 50
Fax (0599) 58 70 38

Gezondheidsvragenlijst

Gelieve deze lijst thuis in te vullen
en mee te nemen naar de afspraak.

1	Hebben uw ouders, broers of zussen een aandoening aan hun hart of bloedvaten gehad voor hun 60 ^{ste} levensjaar?	☐ Ja ☐ Nee
2	Hebben uw ouders, broers of zussen een verhoogd cholesterolgehalte?	☐ Ja ☐ Nee
3	Hebben uw ouders, broers of zussen suikerziekte?	☐ Ja ☐ Nee
4	Ervaart u wel eens: a. pijn of druk op de borst bij inspanning of stress? b. hartkloppingen? c. kortademigheid of benauwdheid bij inspanning of in rust? d. nachtelijke kortademigheid of benauwdheid? e. vocht vasthouden in de benen?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Ja ☐ Nee ☐ Ja ☐ Nee ☐ Ja ☐ Nee ☐ Ja ☐ Nee
5	Krijgt u pijn in de benen na minder dan 1 kilometer lopen, die overgaat met rusten?	☐ Ja ☐ Nee
6	Rookt u?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Gestopt
7	Indien u rookt of heeft gerookt? a. Hoelang (in jaren)? b. Hoeveel (in sigaretten per dag)? c. Wat is uw motivatie om te stoppen met roken? (Omcirkel wat van toepassing is →) d. Heeft u zelf al eens een stoppoging ondernomen? e. Welke datum bent u gestopt?	Gemotiveerd Overweegt te stoppen Ongemotiveerd ☐ Ja ☐ Nee
8	Gebruikt u drugs? Zo ja, welke drugs?	☐ Ja ☐ Nee
9	Drinkt u wel eens alcohol? Zo ja, hoeveel glazen gemiddeld per dag?	☐ Ja ☐ Nee

Bedankt voor het invullen.

De ingevulde lijst wordt vertrouwelijk behandeld.

Neem bij vragen gerust contact met ons op.