



MEDISCHE ANAMNESE VOLWASSENEN

Invul datum: _____

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en Woonplaats: _____

Telefoon: _____

Email: _____

Huisarts: _____

Naam verzekeraar: _____

BSN: _____

Mobiel: _____

Is er in de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, wat? _____

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, waarvoor? _____

Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, waarvoor? _____

Heeft u ooit een ernstige ziekte meegemaakt?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, welke ziekte? _____

Bent u ergens allergisch voor?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, waarvoor? _____

Heeft u een hartinfarct gehad?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, wanneer? _____

Heeft u last van hartkloppingen?

☐ Ja ☐ Nee

Wordt u voor een hoge bloeddruk behandeld?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, wat is dan meestal is uw bloeddruk?

Onderdruk: ____ Bovendruk: ____

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?

☐ Ja ☐ Nee

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?

☐ Ja ☐ Nee

Bent u bij inspanning snel kortademig?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een (aangeboren) hartafwijking?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een pacemaker (of ICD)?

☐ Ja ☐ Nee

Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?

☐ Ja ☐ Nee

Bent u ooit flauwgevalen bij een tandheelkundige of medische behandeling?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u last van hyperventileren?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u epilepsie, vallende ziekte?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, bent u daarbij kortademig? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u suikerziekte?

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, gebruikt u insuline? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u bloedarmoede?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u wel eens langdurige bloedingen na het trekken van tanden/kiezen
of na een operatie of verwonding?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?

☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een nierziekte?

☐ Ja ☐ Nee



- Heeft u chronische maag-darmklachten? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een aandoening van de schildklier? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, welke? _____
- Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? ☐ Ja ☐ Nee
- Rookt u? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, hoeveel? _____
- Gebruikt u alcohol? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, hoeveel glazen per week? _____
- Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, welke? _____
- Vrouwen: bent u zwanger? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____
- Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, welke? _____
- Gebruikt u momenteel medicijnen? ☐ Ja ☐ Nee Zo ja, graag hieronder noteren:

Medicijnen: _____

Opmerkingen: _____

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening:

