

## Algemene vragenlijst polikliniek Longziekten

Graag invullen / aankruisen wat voor u van toepassing is:

Lengte: .....cm

Gewicht: .....kg

- |           | <b>Ja</b>                | <b>Nee</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>1</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Rookt u of heeft u gerookt?</u><br>Zo ja: Ik rook .....sigaret per dag<br>Ik ben gestopt in: .....<br>Ik heb in totaal .....jaar gerookt                                                                                                              |
| <u>2</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Gebruikt u alcohol?</u><br>Zo ja: Ik drink .....eenheden alcohol per dag                                                                                                                                                                              |
| <u>3</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Heeft u huisdieren?</u><br>Zo ja, welke? <i>Doorhalen wat niet van toepassing is</i><br>Kat / Hond / Konijn/Paard / Parkiet / Papegaai<br>Anders namelijk:.....                                                                                       |
| <u>4</u>  |                          |                          | <u>Wat is uw beroep (geweest)?.....</u>                                                                                                                                                                                                                  |
| <u>5</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Heeft u met asbest gewerkt?</u>                                                                                                                                                                                                                       |
| <u>6</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Heeft u met chemische of andere schadelijke stoffen gewerkt?</u><br>Zo ja, welke?.....                                                                                                                                                                |
| <u>7</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Heeft u last van allergieën?</u><br>Zo ja, ik ben allergisch voor: ( <i>doorhalen wat niet van toepassing is</i> )<br>pollen (hooikoorts) / poezen / honden / huisstofmijt / paarden / dons<br>jodium / pleisters / latex / medicatie, namelijk:..... |
| <u>8</u>  | <b>ja</b>                | <b>nee</b>               | <u>Heeft u een van onderstaande ziektes of ooit gehad?</u>                                                                                                                                                                                               |
| a.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hoge bloeddruk (hypertensie)                                                                                                                                                                                                                             |
| b.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suikerziekte (diabetes mellitus)                                                                                                                                                                                                                         |
| c.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hoog cholesterolgehalte                                                                                                                                                                                                                                  |
| d.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose been of longembolie                                                                                                                                                                                                                            |
| e.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astma (of vaak bronchitisklachten op kinderleeftijd)                                                                                                                                                                                                     |
| <u>9</u>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Voor vrouwen: bent u in verwachting of geeft u borstvoeding?</u>                                                                                                                                                                                      |
| <u>10</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Bent u in het buitenland geweest in de laatste 2 maanden?</u><br>Zo ja, waar: .....                                                                                                                                                                   |
| <u>11</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Bent u daar in het ziekenhuis behandeld of opgenomen geweest?</u>                                                                                                                                                                                     |