

Vragenlijst

Deze vragenlijst helemaal invullen en ingevuld meenemen naar uw bezoek aan de vaatverpleegkundige.

Hartproblemen

Heeft u Angina Pectoris-klachten (klachten van pijn, een drukkend gevoel of zwaar gevoel op de borst ten gevolge van een vernauwing in één of meerdere kransslagaders) gehad?

Heeft u ooit een hartinfarct doorgemaakt?

Zo ja wanneer?

Heeft u ooit een dotterprocedure aan het hart gehad of hartoperatie? _____

Zo ja, wanneer en in welk ziekenhuis?

Bent u onder behandeling bij een cardioloog (hartspecialist)?

Herseninfarcten/TIA's:

Heeft u ooit een TIA of beroerte (herseninfarct) gehad? _____

Zo ja, in welk ziekenhuis behandeld?

Bent u onder behandeling bij een neuroloog?

Vaatproblemen aan de slagaderen van de benen

Hierbij horen geen trombose of spataderen

Bent u bekend met vernauwingen aan de beenvaten?

Bent u ooit geopereerd of gedotterd in verband met vaatproblemen aan de benen? _____

Zo ja, in welk ziekenhuis behandeld?

Heeft u ooit een vaatprobleem aan de grote lichaamsslagader (aorta) gehad?

Bent u nog onder behandeling bij een chirurg?

Overige

Heeft u mogelijk een verhoogd risico op hart en vaatziekten, zoals hoge bloeddruk, hoog cholesterol, suikerziekte? _____

Zo ja, wat heeft u dan? _____

Bent u op dit moment nog bij andere specialisten onder behandeling?

Medicijngebruik

Welke medicijnen gebruikt u nu?

Vermeld naam van het tablet, hoe vaak per dag en aantal milligram

Heeft u ooit ernstige bijwerkingen gehad op een medicijn?

Zo ja, graag melden welk medicijn en welke bijwerkingen u hierop kreeg.

Leefstijl

Roken

Rookt u nu? Ja Nee

Indien u rookt de volgende vragen:

Hoeveel rookt u per dag? _____

Rookt u elke dag? Ja Nee

Vindt u het een probleem dat u rookt? Ja Nee

Denkt u er wel eens over om te stoppen met roken? Ja Nee

Denkt u dat het u lukt om te stoppen met roken? Ja Nee

Indien u niet rookt de volgende vragen:

Heeft u in het verleden gerookt? Ja Nee

Zo ja, gedurende hoeveel jaar? _____

Gemiddeld hoeveel per dag? _____

Wanneer bent u gestopt met roken? (jaartal) _____

Alcohol

Drinkt u alcohol? Ja Nee

Indien u alcohol gebruikt, de volgende vragen:

Hoe vaak drinkt u alcohol?

- dagelijks
- wekelijks
- maandelijks

Hoeveel glazen drinkt u dan? _____

Vindt u dat u teveel drinkt? Ja Nee

Denkt u dat het u lukt om te stoppen met drinken, als u dat zou willen? Ja Nee

Bent u van plan te stoppen met drinken? Ja Nee

Bewegen

Doet u aan sport en/of bewegen? Ja Nee

Hoeveel uur per week? _____

Vindt u dat u te weinig beweegt? Ja Nee

Zou u meer willen bewegen? Ja Nee

Denkt u dat het u lukt om meer beweging te nemen als u dat zou willen? Ja Nee

Voeding

Volgt u een dieet? (bijvoorbeeld voor diabetes, hoge bloeddruk of hoog cholesterol)?

Ja

Nee

Heeft u wel eens een diëtiste bezocht?

Ja

Nee

Vindt u over het algemeen dat u gezond eet?

Ja

Nee

Eet u regelmatig vis?

Ja

Nee

Hoe vaak per week?

—

Eet u geregeld fruit?

Ja

Nee

Hoe vaak per week?

—

Eet u geregeld groente?

Ja

Nee

Hoe vaak per week?

—

Welke zuivelproducten gebruikt u?

volle

halfvolle

magere

Snackt u geregeld?

Ja

Nee

Hoe vaak per week?

—

Snoept/ u geregeld?

Ja

Nee

Hoe vaak per week?

—

Denkt u er wel eens over om uw eetgewoonten te veranderen?

Ja

Nee

Denkt u dat het u lukt uw eetgewoonten te veranderen?

Ja

Nee

Heeft u vragen of onderwerpen die u wilt bespreken over uw leefstijl?

Vaatproblemen in de familie

Het betreft hier alleen directe familie: vader, moeder, broers en zussen

Welke ziekten komen in uw familie voor?

Vernauwing Beenvaten	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Beroerte of TIA	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Angina Pectoris, Vernauwing van de kransslagaders	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Hart infarct	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Hartoperatie of dotterprocedure	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Verwijding van de lichaamsslagader (aorta)	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Amputatie Teen/voet/been	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:

Trombose/long-embolie	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Plotse dood	<input type="checkbox"/> ja Met.....jaar	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> onbekend	Wie:

Wie van uw directe familie is overleden aan een vaatziekte?

Wie	Waar	Welke leeftijd

Waar bent u geboren? Nederland ergens anders

Waar is uw moeder geboren? Nederland ergens anders

Waar is uw vader geboren? Nederland ergens anders

Heeft u nog verdere vragen of onderwerpen die u wilt bespreken?

Dank u wel voor het invullen!

Graag deze vragenlijst meenemen naar uw bezoek aan de vaatverpleegkundige.

DISCLAIMER

Wij adviseren u bij uw bezoek aan de polikliniek en bij opname zo min mogelijk geld, sieraden, dure kleding en andere zaken van (emotionele) waarde mee te nemen naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade aan of verlies van dergelijke zaken.