HUISARTSEN STATIONSWIJK

Dr. Arie Van Dyck
Dr Karine Verwimp
Dr. Ine Schoonheere

Dr. Ineke Van Dyck
Dr. Joke Van Ruyssevelt

Welkom in onze praktijk,

Om u zo goed mogelijk te kunnen opvolgen en behandelen willen we u deze vragenlijst laten invullen. De gegevens overlopen we dan even tijdens de eerste consultatie.
Alvast bedankt en tot binnenkort!

Naam:…….. M/V/X

Geboortedatum: ……../……/……..

Adres:……

Telefoonnummer:…… Emailadres: ……

Beroep/Studie:……

Naam en adres van vorige huisarts:……

Naam Partner:……

Naam/Namen kinderen:
……
……

Wat is uw lengte? …… Wat is uw gewicht? ……..

Rookt u?

- Nooit
- Ja: hoeveel per dag?..... Sinds…… jaren?
- Voorheen: Tot ……

Drinkt u alcohol?
Zo ja, hoe vaak per week en hoeveel glazen?.....
Gebruikt u drugs? Zo ja, welke? ……

Doet u aan sport of andere vormen van fysieke activiteit?
Onvoldoende / minimaal / goed / recreatief / competitiesport/ onmogelijk

Wanneer was uw laatste vaccinatie tegen tetanus (de klem) ? ……
Heeft u in het afgelopen jaar het griepvaccin gekregen? ……
Heeft u het afgelopen jaar het covidvaccin gekregen? ……

Voor Vrouwen:
Gebruikt u anticonceptie? Zo ja, Welke? ……

Heeft u een spiraaltje? Zo ja, Wanneer is die geplaatst?.....

Wanneer was uw laatste uitstrijkje? Wat was de uitslag? ……

HUISARTSEN STATIONSWIJK

Dr. Arie Van Dyck
Dr Karine Verwimp
Dr. Ine Schoonheere

Dr. Ineke Van Dyck
Dr. Joke Van Ruyssevelt

Heeft u osteoporose? Zo ja, Welke medicatie neemt u hiervoor? (Aclasta, Prolia,….) Wanneer was de laatste toediening? ……..

Heeft u klachten (gehad) van:

- Suikerziekte
- Longziekten (astma , COPD)
- Hoge Bloeddruk
- Hart en vaatziekten
- Schildklierziekten
- Epilepsie
- Overspannenheid
- Depressie of angstklachten
- Eetstoornis
- Aanhoudende gewrichtsklachten
- Geslachtsziekten
- Andere:
  ……

Gebruikt u **medicatie of supplementen**?
Zo ja, welke? Welke dosering en frequentie?

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

Bent u momenteel in behandeling bij een **specialist**? Zo ja, welke en waarvoor?

……
……

Bent u wel eens geopereerd? Zo ja, welke **operatie** en wanneer?

- ……
- ……
- ……
- ……

Komen er erfelijke ziektes/kanker bij u in de **familie** voor? (schildklier, hart en vaatziekten, darmziekten, kanker, suikerziekte,…) Zo ja, welke en bij wie?

……
……
……

Bent u **allergisch** voor medicatie en of andere zaken?

……
……

Heeft u ooit een **coloscopie en/of mammografie** gehad? Zo ja, wanneer was de laatste keer?

……
……

Wenst u nog iets belangrijks te melden aan de arts?

……
……