



Vragenlijst betreffende uw gezondheid in te vullen met het oog op een heelkundige ingreep.

Geleef deze vragenlijst, indien mogelijk met de hulp van uw huisarts, in te vullen en zo vlug mogelijk, voor uw ingreep, de dag van de interventie over te maken aan het verplegend personeel!

MEDISCH GEHEIM

Naam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Voornaam:

Gewicht:

Lengte:

1. Lijdt u aan een ernstige aandoening?

(vb. Diabetes, hartproblemen, hypertensie, nierproblemen, glaucoom, long- of leveraandoening...)

ja

neen

Zo ja, vermeld de aandoeningen en de jaren:

- a)
- b)
- c)
- d)

2. Onderging u reeds eerder een operatie ?

ja

neen

Zo ja, geleeve dan het type ingreep en het jaar te vermelden:

- a)
- b)
- c)
- d)

Waren er verwickelingen? Welke?

-
-
-

3. Onderging u reeds:

- algemene anesthesie ja neen
- plaatselijke anesthesie ja neen
- loco-regionale anesthesie ja neen
- (periduraal, rachi, plexus)

Zo ja, deden er zich verwikkelingen of problemen voor? Welke?

.....
.....

4. Bent u allergisch?

ja neen

(voedsel, geneesmiddelen, antibiotica, jodium, kleefpleister, metalen, stof ...)
(astma, eczeem, netelroos, oedeem)

Zo ja, verduidelijk:

.....
.....

5. Hebt u een valing of een verkoudheid?

ja neen

6. Bent u vaak kortademig?

ja neen

7. Hebt u pijn in de borst, de armen, of het kaakbeen

- wanneer u een inspanning doet? ja neen
- wanneer u rust? ja neen

8. Hebt u 's avonds opgezwollen voeten?

ja neen

9. Neemt u regelmatig geneesmiddelen?

ja neen

Zo ja, welke en hoeveel keer per dag:

.....
.....

10. Neemt u glucofage voor diabetes?

ja neen

Zo ja, verwittig dan de chirurg en de anesthesist en stop de behandeling minstens twee dagen voor de ingreep.

11. Neemt u regelmatig aspirine?

ja neen

(asaflo, aspro, dispril, aspegic, acenterine ...)

Zo ja, verwittig dan de chirurg en de anesthesist en stop de behandeling minstens drie dagen voor de ingreep.

12. Deed zich bij een familielid een of ander probleem voor tijdens een anesthesie?

ja neen

13. Bloedt u gemakkelijk of hebt u snel blauwe plekken?

ja neen

Neemt u antistollingsmiddelen? ja neen

14. Bent u zwanger? ja neen

15. Hebt u uitneembare tandprotheses? ja neen

Een vaste prothese? ja neen

16. Draagt u een pacemaker? ja neen

17. Hebt u last van spataders? ja neen

Zijn er antecedenten van flebitis of embolie? ja neen

18. Rookt u? ja neen

Drinkt u regelmatig alcohol? ja neen

19. Lijdt u aan een overdraagbare ziekte? ja neen

datum:

Handtekening van de patiënt:

datum:

Handtekening van de anesthesist:

Handtekening van de huisarts: