

# Huisartsenpraktijk Loksbergen

Dr. Frédéric Cloots  
Dr. Joost De Vriese  
Dr. Hanne Vanonckelen



## Medische Vragenlijst

Welkom in onze praktijk. Om goed op de hoogte te zijn van uw medische gezondheid, willen we u vriendelijk vragen deze vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. De artsen zullen deze informatie met zorg en discretie behandelen. Tijdens de consultatie overlopen we samen de aandachtspunten. Alvast bedankt voor uw medewerking en tot binnenkort.

Klevertje van de mutualiteit

Naam: \_\_\_\_\_ m/v

Geboortedatum: . . - . . - . . . .

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_ Naam partner: \_\_\_\_\_

Naam/namen kinderen: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Opleiding: \_\_\_\_\_

Naam en adres van de vorige huisarts die uw dossier beheerde:  
\_\_\_\_\_

*Heeft u klachten (gehad) van:*

Suikerziekte  
Longziekten (astma, COPD)  
Hoge bloeddruk  
Hart- en vaatziekten  
Lever- of darmziekten  
Schildklierziekten  
Epilepsie

Overspannenheid  
Depressie of angstklachten  
Eetstoornis  
Aanhoudende gewrichtsklachten  
Geslachtsziekten  
Andere ziekten:  
\_\_\_\_\_

Sinds wanneer heeft u deze klachten? Noteer het jaar waarop de klacht of ziekte begon naast de aandoening.

Bent u momenteel onder behandeling van een **specialist**? Zo ja, welke en waarvoor:

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Gebruikt u **geneesmiddelen**? Zo ja, welke medicijnen, welke dosering en frequentie?

- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Bent u overgevoelig of **allergisch** voor geneesmiddelen (welke)?:

\_\_\_\_\_

Bent u allergisch aan bepaalde bestanddelen ? bv latex, huisstofmijt, bomen, grassen, dieren, voedsel, gluten ...

\_\_\_\_\_

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

- _____	- _____
- _____	- _____

Wat is uw lengte? \_\_\_\_\_ Wat is uw gewicht? \_\_\_\_\_

Rookt u?

Nooit

Ja: aantal pakjes per dag \_\_\_\_\_ sinds \_\_\_\_\_ jaren?

voorheen: ..... jaren gestopt

Kreeg u als kind alle nodige **vaccins** via Kind en Gezin en het medische schooltoezicht?

\_\_\_\_\_

Wanneer was uw laatste vaccinatie tegen tetanus?

\_\_\_\_\_

Heeft u in het afgelopen jaar het griepvaccin gekregen?

\_\_\_\_\_

Heeft u in het kader van een reis bepaalde vaccinaties gekregen?

\_\_\_\_\_

Komen de volgende ziektes bij u in de **familie** voor?

Suikerziekte Zo ja bij wie:

\_\_\_\_\_

Longziekten (astma, COPD)

\_\_\_\_\_

Hoge bloeddruk

\_\_\_\_\_

Hart- en vaatziekten, beroerte

\_\_\_\_\_

Nierziekten

---

Psychische ziekten

---

Kanker (soort kanker)

---

**Voor vrouwen:**

Gebruikt u anticonceptie? Zo ja, welke?

---

Heeft u een spiraaltje? Zo ja, wanneer is deze geplaatst?

---

Is er ooit een uitstrijkje gemaakt? Zo ja, wanneer, wat was de uitslag?

---

Bent u ooit zwanger geweest? Zo ja, waren er complicaties tijdens de zwangerschap?

---

Komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie? Zo ja, bij wie?

---

Voor vrouwen vanaf 50 jaar: Is er ooit een borstfoto gemaakt? Zo ja, wanneer, wat was de uitslag?

---