

Gelieve deze vragenlijst in te vullen en breng de lijst mee op de dag van uw afspraak.
Breng ook de resultaten mee van eventuele vorige onderzoeken.

Preoperatieve vragenlijst

Naam:.....

Voornaam:

Geboortedatum:/...../.....

Lengte:

Gewicht:

Bloedgroep: gekend..... onbekend

Patiëntenetiket

Deze vragenlijst valt onder het **medische beroepsgeheim**.

Tijdens de consultatie krijgt u de mogelijkheid uw antwoorden aan te vullen en uit te leggen.

Lijdt u aan:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| ▶ Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Hypercholesterolemie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Arteriële hypertensie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Hartziekte/aritmie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Longziekte
(astma, chronische bronchitis, emfyseem...) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Schildklierandoening | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Migraines | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Lagerugpijn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Maagzweer, maagontsteking | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Glaucoom | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |
| ▶ Andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ik weet het niet |

Onderging u reeds een operatie? ja neen

Indien ja, waarom?

.....

.....

.....

.....

.....

Heeft u problemen met anesthesie gehad? ja neen ik weet het niet

Indien ja, welke problemen?

.....



Bent u onder behandeling voor slaapapneu? ja neen
 ▶ Indien ja, gebruikt u CPAP? ja neen

Wat zijn uw toxische gewoontes?

▶ Roken ja neen
 ▶ Alcohol ja neen
 ▶ Drugs ja neen
 ▶ Andere:

Draagt u:

▶ Een gebitsprothese ja neen
 ▶ Een gehoorapparaat ja neen
 ▶ Contactlenzen ja neen

Heeft u een overdraagbare bloed- of seksuele aandoening?

ja neen ik weet het niet

Heeft u last van:

▶ Bloedneus ja neen ik weet het niet
 ▶ Bloeduitstorting ja neen ik weet het niet

Voor vrouwen:

Bent u zwanger of loopt u het risico zwanger te zijn? ja neen ik weet het niet

Indien uw kind de operatie moet ondergaan:

Verliep de zwangerschap normaal? ja neen ik weet het niet
 Werde uw kind geboren na een normale zwangerschapsduur? ja neen ik weet het niet
 Werde uw kind opgevolgd voor apneusico? ja neen ik weet het niet

Behandelend arts (naam, voornaam en adres):

Contactpersoon tijdens uw hospitalisatie:

Naam:..... Voornaam:
 Telefoon: GSM :.....
 Familieband:.....

Heeft u andere opmerkingen die belangrijk kunnen zijn voor uw operatie?

.....

Neemt u nu geneesmiddelen? ja neen

Naam geneesmiddel	Dosering	Reden	Innamemomenten + hoeveelheid			
			Ochtend	Middag	Avond	Slapengaan

Neemt u vitamines en/of voedingssupplementen? ja neen

Naam	Dosering	Reden	Innamemomenten + hoeveelheid

Heeft u last van gekende allergieën voor geneesmiddelen en/of voedingssupplementen?

ja neen

▶ Indien ja, voor welk(e) geneesmiddel(en) en/of voor welk(e) voedingssupplement(en)?

.....

▶ Indien ja, welke allergische reacties treden dan op?
 huid ademhaling

Stond u minder dan een maand geleden nog onder een behandeling en nu niet meer?

ja neen

▶ Indien ja, welke behandeling (bv. antibiotica, ...)?

Voor welke reden?

Hoelang?