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 eet-gewoonten 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	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Beroerte of TIA	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Angina Pectoris, Vernauwing van de kransslagaders	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Hart infarct	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Hartoperatie of dotterprocedure	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Verwijding van de lichaamsslagader (aorta)	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Amputatie Teen/voet/been	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:

Trombose/long-embolie	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Plotse dood	□ ja Met……jaar	□ nee	□ onbekend	Wie:
Hoge bloeddruk	□ ja	□ nee	□ onbekend	Wie:
Hoog cholesterol	□ ja	□ nee	□ onbekend	Wie:
Diabetes	□ ja	□ nee	□ onbekend	Wie:

Wie van uw directe familie is overleden aan een vaatziekte?

Wie	**Waaraan**	**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.