

**Lijdt u of heeft u geleden aan een van onderstaande aandoeningen? Zo ja, (sinds) wanneer? <sup>1</sup>**

- Suikerziekte
- Longziekten
- Hoge bloeddruk
- Hart- en vaatziekten
- Depressie of angsten
- Lever- of darmziekten
- Eetstoornis
- Aanhoudende gewrichtsklachten
- Geslachtsziekten
- Schildklierziekten

Evt. toelichting:

Bent u **op dit moment** onder behandeling van een specialist, en zo ja waarvoor:

- Nee
- Ja, specialisme(n): a) .....  
b) .....

Gebruikt u medicijnen:

- Nee
- Ja, nl. ....

Bent u allergisch voor:

- Geneesmiddelen, zo ja welke:.....
- Voedingsmiddelen, zo ja welke:.....
- Andere stoffen, zo ja welke: .....

Heeft u het afgelopen jaar een griepvaccinatie gehad:

- Ja, reden waarom: .....
- Nee

Heeft u wel eens een ongeluk/operatie/ingreep gehad/ondergaan:

- Ja, toelichting:.....
- Nee

Rookt u:

- Ja, ..... sigaretten per dag
- Niet meer, gestopt sinds.....; daarvoor heb ik ....sigaretten/dag gerookt gedurende.....jaar
- Nee, ik heb nooit gerookt

Drinkt u alcohol:

- Ja, ..... glazen per dag
- Nee

Ziekten in de familie, **zo ja bij wie** (alleen eerste en tweede graad):

- Suikerziekte
- Hoge bloeddruk
- Hart-en vaatziekten < 60 jr
- Kanker
- Andere aandoeningen (gaarne toelichting)

Eventuele aanvullende informatie die belangrijk kan zijn voor de huisarts:

---

<sup>1</sup> Aankruisen indien van toepassing