

# Informatie formulier t.a.v. uw gezondheid apothek en huisartsenpraktijk Medi-Mere



Kruis gewenste locatie aan:	Adres	Postcode	Plaats
<input type="checkbox"/>	Medi-Mere Buiten	Haasweg 9	1338 AW Almere
<input type="checkbox"/>	Medi-Mere Stad	Bartokweg 161	1311 ZX Almere
<input type="checkbox"/>	Medi-Mere Poort	Beneluxlaan 573	1363 BJ Almere

## Persoonsgegevens

Naam:

Geboorte datum:

## Vragen over uw cardiovasculaire risicoprofiel

Rookt u?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Wat rookt u?	<input type="checkbox"/> sigaretten	<input type="checkbox"/> shag <input type="checkbox"/> sigaren <input type="checkbox"/> pijp
Hoeveel sigaretten/shag rookt u?		per dag
Bent u langer dan 2 jaar geleden gestopt met roken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bent u korter dan 2 jaar geleden gestopt met roken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Hoeveel eenheden gemiddeld per week gebruikt u?		eenheden
Wat is uw lengte?		cm
Wat is uw gewicht?		kg
Heeft u een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u suikerziekte (diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Laatste HbA1c (= het gemiddelde bloedsuiker laatste 8 weken)		
Wanneer was uw laatste oogarts controle?		
Heeft u een verhoogd cholesterol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u hart en vaatziekten? *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Hart en vaatziekten bij ouders/broers/zusters jonger dan 60 jaar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
* Hart en vaat ziekten: hartaanval of slechte pompfunctie van het hart (decompensatio cordis) of pijn op de borst (angina pectoris) of "beroerte" (cva/tia) of pijn in de kuiten bij lopen (claudicatio intermittens of etalage ziekten)		
Heeft U astma of emfyseem (COPD)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft uw vader of moeder astma of emfyseem?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u osteoporose (botontkalking)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft U last van intolerantie en/of allergieën?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zo ja, welke? Met name welke medicijnen:		

## Andere vragen

Gebruikt u sintromitis/acenocoumarol (=bloedverdunners)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u een donorverklaring / codicil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft u een euthanasie verklaring?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Is endocarditis profylaxe nodig (preventief antibiotica bij hartklachten)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Bestaat er in uw familie een verhoogde kans op kanker?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zo ja, welke?		
Heeft een medische indicatie voor de grieprik?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zo ja, welke?		
U heeft geen indicatie maar wilt toch een grieprik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

## Vragen alleen voor vrouwen

Doet u mee aan het "uitstrijkjes-bevolkingsonderzoek"?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
ivm evt oproep: is uw baarmoeder verwijderd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Heeft uw moeder voor de overgang borstkanker gekregen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee