

Naam: .....  vrouw  man

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

**Vragenlijst in te vullen door de patiënt. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.**

1	Bent u 50 jaar of ouder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	A
2	Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	B
3	Hebt u diabetes (suikerziekte)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	D
4	Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)? (hartinfarct, beroerte, vaatvernauwing)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	E
5	Heeft uw vader of broer een hart- of vaatziekte voor 55 jaar (gehad)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	F
6	Heeft uw moeder of zus een hart- of vaatziekte voor 65 jaar (gehad)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	F
7	Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	C
8	Gebruikt u alcoholische dranken? (bier, wijn, sterke drank)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
9	Eet u dagelijks groenten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
10	Eet u dagelijks fruit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
11	Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
12	Heeft een arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
13	Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes (suikerziekte)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
14	Had u verhoogde suiker tijdens een ziekenhuisopname?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
15	Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan tien jaar geleden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
16	Bent u longpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
17	Bent u hartpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
18	Bent u leverpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
19	Bent u nierpatiënt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
20	Komt er darmkanker voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	

**Enkel voor vrouwen**

21	Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
22	Had u verhoogde suiker tijdens uw zwangerschap?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
23	Komt er borst- of eierstokkanker voor in uw familie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
24	Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan twee jaar geleden?	<input type="checkbox"/> Ja Datum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	
25	Voor vrouwen vanaf 25 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan drie jaar geleden?	<input type="checkbox"/> Ja Datum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet niet	