



VRAGENLIJST

(Door de patiënt in te vullen
en samen met de huisarts te overlopen)

Naam:
Voornaam:
Adres:
.....
Geboortedatum:

- Voor welke operatie wordt u nu opgenomen?
- Indien van toepassing: gebeurt de operatie links of rechts (bv. heupprothese links) links rechts
- Heeft u reeds een anesthesie (verdooving) gehad? neen ja
- Zo ja voor welke ingreep en wanneer?
- Welke soort verdooving? (omcirkel) algemene gedeeltelijke plaatselijke
- Deden zich problemen voor tijdens de verdooving of na de operatie met
- de ademhaling? neen ja
- braken? neen ja
- bloedverlies? neen ja
- ritmestoornissen (hart)? neen ja
- andere? neen ja
- Waren er in de familie ernstige moeilijkheden bij de verdooving? neen ja
- Zo ja, welke?
- Had u reeds een bloedtransfusie? neen ja
- Zo ja, deden er zich moeilijkheden voor?
- Was u slachtoffer van een ernstig ongeval? neen ja
- Zo ja, beschrijf:
-
- Rookt u? neen ja
- Zo ja, hoeveel per dag? sigaretten sigaren pijpen
- Gebruikt u regelmatig alcohol? neen ja
- Soort(en)?
- Hoeveel per dag of per week?
- Gebruikt u drugs? neen ja
- Soort(en): Hoe frequent?
- Neemt u kalmeermiddelen of slaapmiddelen? neen ja
- Welke? Hoe frequent?
- Neemt u pijnstillers? neen ja
- Welke? Hoe frequent?
- Is u overgevoelig voor bepaalde stoffen? neen ja
- Welke?
- Is u allergisch voor geneesmiddelen, pleisters, ontsmetting, latex? neen ja
- Welke?
- Bloedt u lang (bv. bij het trekken van een tand)? neen ja
- Vertoont u gemakkelijk blauwe plekken? neen ja
- Neemt u bloedverdunners of aspirines? neen ja
- Zo ja, welke?

Lijdt of leed u aan één van de volgende ziekten? Specificeer de aandoening en de periode.

- hartziekte (aanwezigheid pacemaker)..... neen ja
hoge bloeddruk neen ja
longziekte neen ja
nierziekte neen ja
maag- of darmziekte neen ja
spier- en gewrichtsziekte..... neen ja
maligne hyperthermie neen ja
epilepsie neen ja
suikerziekte neen ja
schildklierziekte neen ja
huidziekte neen ja
zenuwaandoening..... neen ja
depressie neen ja
ruggemergletsel..... neen ja
infecties neen ja
oogziekte (o.a. glaucoom) neen ja

Draagt u

- valse tanden, een bridge, ...? neen ja
contactlenzen? neen ja
hoorapparaat? neen ja

Doet u aan sport?

Vertoont u klachten bij inspanningen?..... neen ja

Voelt u zich ziek?.....

Zijn er zieken in uw omgeving (bv. geelzucht)?..... neen ja

Welke geneesmiddelen neemt of nam u de laatste week?

`s morgens:

`s middags:

`s avonds:

Nam u de laatste zes maanden cortisone (spuiten of pillen)? neen ja

Enkel voor vrouwelijke patiënten:

Aantal zwangerschappen, bevallingen en miskramen:.....

Datum laatste regels:

Datum: / /

Handtekening:

