



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 bloedverduunners 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

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?

.....

.....

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:



Dit document werd u ontwikkeld in samenwerking met de Gentse huisartsenverenigingen en het Gents Ziekenhuisoverleg (GZO) op basis van de aanbevelingen van het KCE-rapport (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) in het kader van het ministerieel project ter verbetering van de communicatie tussen het acuut ziekenhuis en de huisartsen in de attractiezone ervan.