



etiket

Vooropname vragenlijst voor volwassenen

Deze vragenlijst dient om de gezondheidstoestand voor de geplande heelkundige ingreep, het onderzoek of de behandeling te kennen. Ze maakt deel uit van het preoperatief onderzoek en is strikt vertrouwelijk. In te vullen door de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger.

Patiëntgegevens

Naam en voornaam

Geboortedatum: / /

Telefoon: /

Contacten

Naam contactpersoon:

Telefoon contactpersoon: /

Huisarts:

Telefoon huisarts: /

Aanvullende patiëntgegevens opgenomen

Leeftijd: jaar

Gewicht: kg
rechts – links *

Lengte: cm

Bloedgroep:

Dieet

Operatie, onderzoek, behandeling waarvoor je wordt

Datum: / /

Operatie:

Naam begeleider:

Telefoon begeleider: /

ja – neen * Welke?

Ben je allergisch aan of overgevoelig voor

Latex ja – neen *

Huisstofmijt ja – neen *

Verdovingsstoffen bij de tandarts ja – neen *

Planten, pollen of bomen ja – neen *

Ontsmettingsmiddelen / jood ja – neen *

Medicatie ja – neen * Welke?

Voedsel of andere ja – neen * Welke?

Gewoontes

Rook je? ja – neen * Hoeveel? /dag
Hoelang al? jaar

Heb je gerookt? ja – neen * Hoelang? jaar

Gebruik je alcohol? ja – neen * Hoeveel? glazen/dag/week

Gebruik je regelmatig drugs (verslavingsmiddelen)? ja – neen *

Welke?

.....

Naam patiënt:

Voornaam patiënt:

Geboortedatum patiënt: / /

Heb je ...

Een kunstgebit?	ja – neen *
Kunststanden?	ja – neen *
Losstaande tanden	ja – neen * Welke?
Contactlenzen?	ja – neen *
Een hoorapparaat?	ja – neen *
Piercings?	ja – neen * Indien ja, verwijder deze thuis
Kunstnagels?	ja – neen * Indien ja, verwijder deze thuis
Een pacemaker of stimulator?	ja – neen *
Een ingeplante pomp (voor pijnstilling of andere medische reden)	ja – neen *

Werd je al eerder geopereerd?

ja – neen *

Indien ja, welke operatie(s)?	Wanneer?	Welk ziekenhuis?
.....
.....
.....
.....

Waren er bij vorige operaties problemen?

ja – neen *

Indien ja, welke?	Wanneer?	Welke verdoving kreeg je?
.....	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk *
.....	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk *
.....	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk *
.....	Algeheel / gedeeltelijk / plaatselijk *

Familiaal

Heeft al iemand in de familie slecht gereageerd op een narcose?	ja – neen *
Zijn er aangeboren afwijkingen in de familie?	ja – neen *

Aandoeningen van hals en mond

Heb je problemen met het openen van je mond?	ja – neen * (Brengh hiervoor minstens 2 vingers boven elkaar in de mondopening)
Heb je problemen om je hoofd te bewegen?	ja – neen *
Voel je bij het bewegen van het hoofd pijn in de nek, schouders of armen?	ja – neen *

Enkel voor vrouwelijke patiënten

Ben je (mogelijk) zwanger?	ja – neen *
Heb je last van overvloedige menstruatie?	ja – neen *

Besmettelijke ziekte

Lijd je aan een besmettelijke ziekte?	ja – neen *
Welke?

Suikerziekte

Lijd je aan suikerziekte?	ja – neen *
---------------------------	-------------

*Omcirkel wat van toepassing is en geef indien mogelijk uitleg

Naam patiënt:

Voornaam patiënt:

Geboortedatum patiënt: / /

Ziekten van longen en ademhalingsstelsel

Hebt je een piepende ademhaling? ja – neen *
Heb je astma of hooikoorts? ja – neen *
Ben of was je in behandeling van een longziekte? ja – neen

Ziekten van hart en bloedvaten

Heb je soms pijn of een toesnoerend gevoel in de arm of borstkas bij inspanning? ja – neen *
Heb je last van hartkloppingen? ja – neen *
Heb je soms gezwollen voeten? ja – neen *
Slaap je halfzittend? ja – neen *
Heb je problemen tijdens huishoudelijk werk? ja – neen *
Ben je kort van adem na trappen doen van 2 verdiepingen? ja – neen *
Ben je in behandeling voor een hartziekte? ja – neen *
Heb je ooit flebitis gehad? ja – neen *
Heb je een aandoening van de bloedvaten (gehad)? ja – neen *
Wat is je normale bloeddruk?/.....

Ziekten van nieren en urinair stelsel

Ben je nierdialysepatiënt? ja – neen *
Ben of was je in behandeling voor een nierziekte? ja – neen *
Welke?

Problemen met de stolling van het bloed

Heb je gemakkelijk blauwe plekken? ja – neen *
Heb je al neusbloedingen gehad? ja – neen *
Heb je last van bloedend tandvlees? ja – neen *

Ziekten van het spijsverteringsstelsel en lever

Heb je last van maagzuur? ja – neen *
Heb je last van misselijkheid of braken? ja – neen *
Heb je last van reisziekte? ja – neen *
Wanneer?
Heb je ooit geelzucht gehad? ja – neen *
Welke vorm?

Ziekten van het zenuwstelsel

Lijd je aan epilepsie of vallende ziekte? ja – neen *
Ben je al in behandeling geweest bij een neuroloog of psychiater? ja – neen *
Heb je last van tintelingen, zinderingen of gevoelloosheid ter hoogte van de ledematen? ja – neen *
Waar?

Aandoeningen van het bewegingsstelsel

Heb je soms rugpijn? ja – neen *
Heb je reuma of artritis? ja – neen *
Heb je een schouder-, knie- of heupprothese? ja – neen *
(Indien één keer ja op onderstaande vragen, heb je een verhoogd valrisico)
Ben je gevallen in de afgelopen 6 maanden? ja – neen *
Heb je stap- en/of evenwichtsproblemen? ja – neen *

*Omcirkel wat van toepassing is en geef indien mogelijk uitleg

Naam patiënt:
Voornaam patiënt:
Geboortedatum patiënt: / /

Medicatie

Zie meegegeven formulier "Thuismedicatie" + thuismedicatiezak. Gelieve dit formulier in te vullen en mee te brengen op de dag van je opname.

*Omcirkel wat van toepassing is en geef indien mogelijk uitleg