



Vragenlijst hartfalenpoli

U heeft binnenkort een 1e afspraak op de hartfalenpoli. Wilt u daarom vóór uw afspraak deze vragenlijst invullen. Wilt u daarna de vragenlijst naar ons terugsturen? Dat kan gratis met de bijgevoegde antwoordenvelop.

Naam:

Geboortedatum:

Datum afspraak hartfalenpoli:

1. Wat is uw lengte cm, wat is uw gewicht kg?

2. Heeft u een hoge bloeddruk of gebruikt u hiervoor medicijnen?

Nee

Ja

3. Heeft u een verhoogd cholesterol of gebruikt u hiervoor medicijnen?

Nee

Ja

4. Heeft u suikerziekte?

Nee

Ja

5. Komen hart- en vaatziekten voor bij uw ouders en / of broer(s) en zus(sen) op jongere leeftijd (jonger dan 65 jaar)? Denk aan een hartinfarct, herseninfarct of – bloeding, te hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol.

Nee

Ja

Zo ja, bij wie, op welke leeftijd en welke hart- en vaatziekten?

Wie?

Welke leeftijd?

Welke hart- en vaatziekte(n)?

Wie?

Welke leeftijd?

Welke hart- en vaatziekte(n)?



6. Rookt u?

- Nee
- Nee, ik ben korter dan een jaar geleden gestopt.
- Ja, ik rook... .. (aantal) sigaretten/sigaren/e-sigaret/ pijp per dag (doorhalen wat niet van toepassing is).

7. Gebruikt u alcoholische dranken?

- Nee
- Ja, ik drink... .. (eenheden/glazen alcohol) per dag/week (doorhalen wat niet van toepassing is).

8. Gebruikt u drugs?

- Nee
- Ja, ik gebruik... .. per dag / week

9. Drinkt u koffie?

- Nee
- Ja, ik gebruik... .. kopjes / mokken per dag / week
- Ja, cafeïnevrij; ik gebruik... .. kopjes / mokken per dag / week (doorhalen wat niet van toepassing is).

10. Hoeveel liter vocht drinkt u in 24 uur (inclusief koffie/thee/ toetje/ ed.)

Dit zou u kunnen meten met een maatkan.

.....

11. Volgt u een zout/natrium arm dieet?

- Ja
- Nee

12. Hoe vaak per week staat u op de weegschaal? x per week

13. Kunt u zonder kortademigheid/vermoeidheid traplopen?

- Ja
- Nee
- Ik loop geen trap.

14. Wat doet u aan lichaamsbeweging? En hoe vaak per week?

.....

.....

.....

.....



15. Snurkt u of heeft u ademstilstanden 's nachts? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee
- Ja, ik snurk.
- Ja, ik heb ademstilstanden.
- Ja, ik ben bekend met slaapapneu en gebruik er een apparaat voor .

16. Staat u uitgerust op na het slapen?

- Ja
- Nee

17. Haalt u jaarlijks een griepvaccinatie?

- ja
- nee

18. Welke medicijnen gebruikt u?

Naam middel	Dosering (mg)	Aantal keren per dag

19. Zijn uw medicijnen door de apotheek verpakt in een baxterrol of gebruikt u een weekdoos?

- Nee
- Ja, namelijk

20. Gebruikt u zelfzorgmedicatie (middelen die u bij de drogist of apotheek kunt kopen, bijvoorbeeld voedingssupplementen)

- Nee
- Ja

Naam middel
 Dosering (mg)
 Aantale keren per dag

Naam middel
 Dosering (mg)
 Aantale keren per dag



Naam middel

Dosering (mg)

Aantale keren per dag

Naam middel

Dosering (mg)

Aantale keren per dag

Extra ruimte (vermeld alstublieft het nummer van de desbetreffende vraag):

.....

.....

.....

.....

.....

Wilt u de vragenlijst ingevuld naar ons terugsturen? Dat kan gratis met de bijgevoegde antwoordenvolp.