



### Vragenlijst Anesthesie

Het is belangrijk dat u de onderstaande vragenlijst zo volledig mogelijk invult en ondertekend aan ons terugstuurt. De anesthesioloog zal deze lijst nog eens doornemen en aan de hand van de verstrekte informatie een veilige en voor u zo prettig mogelijke narcosevorm uitkiezen.

Naam: ..... Lengte:..... cm  
 Geboortedatum: ..... Gewicht:..... kg  
 Voorgenomen behandeling..... Behandelend arts.....

	JA	NEE
Bent u nu (of tot een jaar geleden) in behandeling bij huisarts/specialist (geweest) (zoals cardioloog, longarts, internist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, waarvoor?.....		
Gebruikt u medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, welke? .....		
Heeft u als eens eerder een operatie gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, waarvoor? .....		
Bent u toen onder narcose gebracht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u toen klachten van de narcose gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja welke? .....		
Zijn er bij u in de familie personen waarbij complicaties tijdens de narcose zijn voorgekomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Heeft u last (gehad) van:**

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - Hartklachten (hartinfarct, pijn op de borst, hartritmestoringen, kortademigheid bij trappenlopen)?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Een te hoge of te lage bloeddruk?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Vaatziekten (b.v. doorbloedingstoornissen aan handen, voeten, hersenen, spataderen, trombose, embolie)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Longziekten (b.v. tuberculose, astma, chronische bronchitis, longontsteking, slaapapnoe)?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Leverafwijkingen (b.v. hepatitis, geelzucht, cirrhose)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Nierziekten (b.v. nier- /blaasstenen, nier- /blaasontsteking)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Maag -/darmziekten (b.v. -ontsteking, -zweer, -perforatie)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



HANDBOEK FORMULIEREN  
 F HOOFDSTUK2 FORMULIEREN SECRETARIAAT  
 Versie 3 05/2006

	JA	NEE
- Suikerziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schildklierafwijkingen (b.v. struma, knobbeltje, verhoogde of verlaagde functie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Spierziekten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weet u of er mensen in uw familie last hebben van een spierziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Zenuwziekten (b.v. epilepsie, verlammingen, tintelingen, krachtsverlies)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Psychische- of psychiatrische klachten (b.v. depressie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rug- of gewrichtsklachten (b.v. hernia, rugpijn, whiplash, reuma)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Bloedziekten? Stollingstoornissen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Bent u allergisch voor bepaalde stoffen, medicijnen (b.v. pleister, jodium, penicilline, latex) indien ja, welke?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn er verder nog zaken, wat betreft u gezondheid, die volgens u vermeld moeten worden (b.v. HIV of andere infecties, grote ongelukken, chronische vermoeidheid, fibromyalgie) zoals.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....		
Rookt u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebruikt u dagelijks alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zou u zwanger kunnen zijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u een tongpiercing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u vaker hoofdpijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziet u op tegen de operatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Handtekening cliënt:

Datum:

.....

.....

DIT GEDEELTE NIET INVULLEN

Beoordeling door anesthesioloog: dr.....

Voor akkoord: .....

Datum: .....