# Huisartspraktijk Madris

Schuilenburgerplein 2  
3816 TE Amersfoort  
Tel: 033-2030600

## Medische vragenlijst nieuwe patiënt

(één formulier per persoon)

### 1. Medische voorgeschiedenis

Heeft u (gehad):  
☐ Diabetes  
☐ Hoge bloeddruk / hartinfarct  
☐ Astma / COPD  
☐ Schildklierziekte  
☐ Depressie / angststoornis  
☐ Maag-/darm-/leverziekte, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
☐ Kwaadaardige aandoening / maligniteit, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
☐ Reuma of andere gewrichtsklachten  
☐ Anders: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 2. Medicatie

Gebruikt u medicijnen? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 3. Allergieën

Bent u allergisch voor medicijnen of andere stoffen? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 4. Specialistische zorg

Staat u onder behandeling van een specialist? Zo ja, welk specialisme en welk ziekenhuis:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 5. Operaties / ziekenhuisopnames

Bent u ooit geopereerd? Zo ja, wanneer en waarvoor:  
1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 6. Leefstijl

Rookt u? ☐ Nee ☐ Ja, aantal per dag: \_\_\_\_\_  
Alcoholgebruik? ☐ Nee ☐ Ja, aantal per week: \_\_\_\_\_  
Beweegt u voldoende? ☐ Ja ☐ Nee  
Heeft u in het afgelopen jaar een griepprik gekregen? ☐ Nee ☐ Ja, vanwege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 7. Thuissituatie

Woont u alleen? ☐ Ja ☐ Nee  
Heeft u mantelzorg of thuiszorg? ☐ Nee ☐ Ja, namelijk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Contactpersoon in noodgevallen: Naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 8. Overige informatie

Zijn er andere bijzonderheden waarvan de huisarts op de hoogte moet zijn?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Handtekening

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  
Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_