|  |  |
| --- | --- |
| Vragenlijst Hoge bloeddruk |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Als voorbereiding op uw jaarcontrole bij de assistente voor hoge bloeddruk, willen we u vragen op deze vragenlijst in te vullen. | |  | *Geboorte datum* | |  |  |  |  |  |
|  |  | | DD |  | MM |  | JJJJ |
| Naam |  |  | |  | | | | | |
|  | Uw voor en achternaam |  | |  | | | | | |
| Wat is uw lengte? | | *\_\_\_\_\_\_\_\_ cm* | | | | | | | |
| Wat is uw gewicht | | *\_\_\_\_\_\_\_\_ kg* | | | | | | | |
| Heeft u ooit in uw leven één of meer van de volgende ziektes gehad? | | * *Hartaanval of angina pectoris* * *Beroerte (herseninfarct, hersenbloeding of TIA)* * *Etalagebenen* * *Boezemfibrilleren* * *Aneurysma van de aorta (scheur van de grote lichaamsslagader)* * *Suikerziekte* * *Hoge cholesterol* * *Schade aan nieren* | | | | | | | |
| Komen bovenstaande aandoeningen voor bij familieleden? Zo ja, bij wie en op welke leeftijd (indien bekend) | |  | | | | | | | |
| Rookt u of heeft u in het verleden gerookt? | | * *Ja* * *Nee* * *Ooit, gestopt sinds:* | | | | | | | |
| Drinkt u alcohol? | | * *Ja, dagelijks glazen* * *Ja, wekelijks glazen* * *Ja, incidenteel glazen* * *Nooit* | | | | | | | |
| Eet u dagelijks 1 á 2 stuks fruit en 200 gram groente? | | * *Ja* * *Nee, omdat:* | | | | | | | |
| Gebruikt u extra zout bij het koken en eten? | | * *Ja* * *Nee* | | | | | | | |
| Eet u gemiddeld 2x per week vette vis? | | * *Ja* * *Nee* | | | | | | | |
| Hoeveel beweegt u per week? | | * *Dagelijks minder dan half uur wandelen of fietsen* * *Dagelijks meer dan half uur wandelen of fietsen* * *Gemiddeld 3-5 keer per week half uur of meer wandelen of fietsen* * *Minder dan 3x per week minimaal half uur wandelen of fietsen* * *Anders, namelijk:* | | | | | | | |



Vragenlijst Hoge bloeddruk

*Nu volgen er aantal vragen over uw medicatie indien van toepassing*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gebruikt u bloeddruk verlagende medicatie?   * *Ja* * *Nee*   *De reden dat we dit vragen, is om te controleren of de gegevens die wij in ons systeem hebben staan, kloppen met wat u thuis gebruikt.* | *Naam* | *Sterkte* | *Aantal keer per dag* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Ervaart u bijwerkingen van de bloeddruk verlagende medicatie? | * *Nee* * *Ja , namelijk:*   + *Duizeligheid*   + *Moeheid*   + *Koude voeten*   + *Erectieproblemen*   + *Kriebelhoest*   + *Anders, namelijk:* | | |
| Hoe hinderlijk zijn deze bijwerkingen voor u | * *Zeer hinderlijk, ze beperken mij in het dagelijks leven* * *Niet erg hinderlijk* | | |
| Neemt u elke dag uw bloeddruk verlagende medicatie in? | * *Ja, dagelijks* * *Ik vergeet het gemiddeld 1 á 2 keer per maand* * *Ik vergeet het gemiddeld meer dan 2 keer per maand* | | |

*Noteer hieronder de vragen die u eventueel heeft voor de assistente:*

|  |
| --- |
|  |