|  |  |
| --- | --- |
|  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:*

|  |
| --- |
|  |