



h.-hartziekenhuis vzw

Mechelsestraat 24 - 2500 Lier

tel. 03-491 23 45 - fax 03-491 23 46

VERTROUWELIJK ANAMNESEFORMULIER*identificatieklever*

Mevrouw, Mijnheer, u werd zonet opgenomen in het H.-Hartziekenhuis Lier.

In het streven naar een optimale zorgverlening gedurende uw ziekenhuisverblijf, vragen wij u dit document met de nodige aandacht te willen invullen. Deze gegevens zijn bestemd als aanvulling op de informatie die door uw huisarts of uw specialist werd meegedeeld.

Bij vragen of onduidelijkheid, kan u steeds terecht bij de verantwoordelijke verpleegkundige.

Familiale toestand :	<input type="radio"/> gehuwd	<input type="radio"/> samenwonend	<input type="radio"/> andere (rusthuis, RVT,...) :
	<input type="radio"/> ongehuwd	<input type="radio"/> alleenwonend	<input type="radio"/> kind(-eren)
Leeftijd :	Gewicht : kg	Bloedgroep :	
	Lengte : cm	(overhandig bloedgroepkaartje aan verpleging a.u.b.)	
Beroep :	Mogelijke zwangerschap : <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen		
Contactpersonen :	naam + verwantschap	tel.- of gsm nr.	s nachts verwittigen
1.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen
2.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen
3.			<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen

Krijgt u thuis hulp van derden? Zo ja, duid aan: ja neen

thuisverpleging poetshulp warme maaltijden andere

Duid aan wat voor u van toepassing is : " Ik draag . . . "

- een kunstgebit lenzen andere prothese(n)
- een hoorapparaat bril pacemaker
- ICD (defibrillator)

Volgt u een dieet ? neen ja, welk :

Heeft u een attest nodig ? (bv. werk, school,...) neen ja, voor :

Pastorale zorg

- Wenst u de communie te ontvangen ? neen ja dins- en donderdag
- op zondag
- Ziekenzalving reeds gehad gewenst op vraag

Heeft u nog specifieke vragen of bemerkingen ? (zo ja, gelieve deze hier te noteren)

SPECIFIEKE VRAGENLIJST VOOR DOKTER ANAESTHESIST EN VERPLEEGKUNDIGEN

*Beantwoord de volgende vragen met **ja** of **neen** en geef zo nodig een woordje uitleg. Bedankt!*

Waarom bent u opgenomen ?		
Werd u vroeger reeds opgenomen in een ziekenhuis ? <i>Waarom en wanneer ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Werd u reeds volledig in slaap gedaan (narcose) ? <i>Voor welke ingrepen ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u ooit ongewone reacties of problemen gehad na een algemene of plaatselijke verdoving ? <i>Welke ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Neemt u momenteel medicatie ? <i>Welke ?</i> ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u de laatste 2 jaren nog specifieke medicatie genomen, naast de medicatie die u nu neemt ? <i>Welke ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Gebruikt u regelmatig slaapmiddelen , pijnstillers of kalmemiddelen ? <i>Welke en hoeveel ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Kreeg u reeds een bloedtransfusie ? <i>Waarom ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Bent u overgevoelig of allergisch voor bepaalde medicatie, voedingswaren of andere stoffen (kleefpleister, pollen, . . .) ? <i>Welke ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen <input type="radio"/> Onbekend
Gebruikt u alcohol ? <input type="radio"/> dagelijks <input type="radio"/> wekelijks <input type="radio"/> zelden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Rookt u ? <i>Hoeveel ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u gemakkelijk rugklachten ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u stoelgangproblemen ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Neemt u thuis iets om de stoelgang te bevorderen ? <i>Zo ja, wat ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u problemen bij het wateren? <i>Zo ja, welke?.....</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u hartklachten (beklemmend gevoel of pijn in borstkas, infarct, hartkloppingen, ...)? <i>Welke?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Bent u vlug kortademig of voelt u zich vlug benauwd bij inspanningen ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Bent u vlug kortademig of voelt u zich vlug benauwd in rust ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u soms gezwollen benen en / of voeten ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u last van spataders (varices) ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u ooit al flebitis (onsteking bloedvat) gehad ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u soms last van een te hoge bloeddruk ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u soms last van een te lage bloeddruk ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Blijft u lang nabloeden na een verwonding of een tandextractie ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u ademhalingsproblemen (astma, chronische bronchitis, hooikoorts, ...) ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u ooit een zware longaandoening doorgemaakt (longontsteking, tuberculose, ...)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Moet u veel hoesten ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Moet u fluimen ophoesten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Lijdt u op dit moment aan een verkoudheid of griep ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Bent u in behandeling voor suikerziekte (diabetes) ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Krijgt u inspuitingen (zo ja, vermeld aantal eenheden+product+tijdstip) of neemt u specifieke geneesmiddelen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Heeft u ooit geelzucht (hepatitis) gehad ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Bent u in behandeling voor een zenuwziekte ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Voelt u zich uitermate angstig of zenuwachtig ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Bent u in de afgelopen 6 maanden thuis gevallen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Werd u ooit in het ziekenhuis opgenomen voor een val(incident)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen
Lijdt u soms aan een andere aandoening ? <i>Welke ?</i>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Neen

Deze vragenlijst werd ingevuld door dhr/mevr.....patiënt / familie / vpk. /andere