

Naam: \_\_\_\_\_

Geplande ingreep: \_\_\_\_\_

Links       Rechts       Beiderzijds       Niet van toepassing

**S.v.p aankruisen / invullen wat van toepassing is.**

1. Wat is uw lengte? \_\_\_\_\_ cm.    Wat is uw gewicht? \_\_\_\_\_ kg.

2. Bent u overgevoelig / allergisch voor:

- Jodium  Ja     Nee

- Pleisters  Ja     Nee

- Rubber / Latex  Ja     Nee

- Medicijnen  Ja     Nee

Zo ja , voor welke? \_\_\_\_\_

Zo ja, hoe uit zich dat? \_\_\_\_\_

3. Drinkt u meer dan 3 glazen alcoholhoudende drank per dag?  Ja     Nee

Zo ja, hoeveel ? \_\_\_\_\_

Rookt u?  Ja     Nee

Zo ja , hoeveel? \_\_\_\_\_

Gebruikt u regelmatig drugs?  Ja     Nee

Zo ja , welke en hoeveel? \_\_\_\_\_

4. Gebruikt u medicijnen?  Ja     Nee

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Bent u eerder geopereerd?  Ja  Nee  
Zo ja, wat voor operatie(s) en in welk jaar ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hebben zich toen bij de narcose / verdoving problemen voorgedaan?  Ja  Nee  
Zo ja , wat voor problemen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Heeft u krampende pijn op de borst bij inspanning?  Ja  Nee  
Zo ja, hoe vaak?:  zelden  meer dan 1x per week  meer dan 1 x per mnd  
Heeft u ooit hartkloppingen of onregelmatige hartslag?  Ja  Nee  
Bent u onder behandeling bij een arts wegens hoge bloeddruk?  Ja  Nee  
Heeft u 's avonds dikke voeten of enkels?  Ja  Nee  
Kost het u moeite een verdiepingstrap in één keer op te lopen?  Ja  Nee  
Krijgt u het benauwd als u helemaal plat ligt?  Ja  Nee
7. Heeft u last van chronisch hoesten?  Ja  Nee  
Lijdt u aan astma en / of bronchitis?  Ja  Nee  
Bent u onder behandeling of wordt u gecontroleerd voor tuberculose ( TBC )  Ja  Nee
8. Bent u vaak duizelig?  Ja  Nee  
Heeft u ooit een beroerte of halfzijdige verlamming doorgemaakt?  Ja  Nee
9. Lijdt u aan :  Ja  Nee  
- flauwtes / wegrakingen  Ja  Nee  
- epilepsie  Ja  Nee  
- spierziekte Zo ja , welke \_\_\_\_\_  Ja  Nee
10. Lijdt u aan diabetes mellitus ( suikerziekte) ?  Ja  Nee  
Zo ja , wordt dit behandeld met:  
 Dieet  Tabletten  Insuline ( injectie )
11. Heeft u afgelopen week pijnstillers of aspirine gebruikt?  Ja  Nee  
Zo ja, welke en hoeveel? \_\_\_\_\_  
Bloedt u lang na bij verwondingen of kiezen trekken?  Ja  Nee  
Krijgt u na stoten of vallen gemakkelijk bloeduitstortingen?  Ja  Nee  
Heeft u ooit een trombosebeen of een bloedprop in de longen gehad?  Ja  Nee  
Staat u onder controle van de trombosedienst?  Ja  Nee

12. Wordt u behandeld of gecontroleerd voor een schildklierandoening?  Ja  Nee  
 Heeft u maagklachten of zuurbranden?  Ja  Nee  
 Heeft u in de afgelopen vijf jaar geelzucht gehad?  Ja  Nee  
 Lijdt u aan een nierziekte?  Ja  Nee  
 Heeft u gewrichtspijn of reumatische klachten?  Ja  Nee  
 Bent u bekend met ademhalingsproblemen tijdens uw slaap  Ja  Nee
13. Bent u zwanger?  Ja  Nee  
 Zo ja, hoeveel weken?
14. Kost het u moeite uw hoofd naar achteren te buigen?  Ja  Nee  
 Kost het u moeite uw mond wijd open te doen?  Ja  Nee  
 Heeft u loszittende tanden of kiezen?  Ja  Nee  
 Heeft u:  stiftanden  een plaatje  een kunstgebit  
 Draagt u contactlenzen?  Ja  Nee  
 Heeft u een piercing? Zo ja, waar \_\_\_\_\_  Ja  Nee
15. Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad?  Ja  Nee  
 Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_  
 Zijn daar problemen bij voorgevallen?  Ja  Nee  
 Zo ja, welke \_\_\_\_\_
16. Bent u wel eens behandeld door een specialist?  Ja  Nee  
 Zo ja, wat voor specialist en voor welke aandoening:  
 Internist  Hartspecialist  Longarts  Neuroloog  andere specialist  
 -----
17. Behoort u tot een der risicogroepen wat betreft AIDS of Hepatitis B?  Ja  Nee
18. Heeft u behalve de aandoening waar u voor komt nog andere lichamelijke klachten?  Ja  Nee  
 Zijn er nog andere bijzonderheden betreffende uw gezondheid en leefgewoonte die voor de anesthesioloog belangrijk kunnen zijn?  Ja  Nee  
 Heeft u bezwaar (alleen in geval van uiterste noodzaak) tegen bloedtransfusie of het gebruik van bloedproducten bij uw behandeling?  Ja  Nee  
 Zo ja, om welke reden? \_\_\_\_\_

19. Bent u in de afgelopen twee maanden langer dan 24 uur opgenomen geweest  Ja  Nee  
of geopereerd in een buitenlandse zorginstelling .

Zo ja, naam zorginstelling en land? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20. Alleen voor de dagverplegingspatiënten:**

Wordt u op de dag van de ingreep door iemand opgehaald?  Ja  Nee

Is er iemand thuis die u na de ingreep kan opvangen?  Ja  Nee

21. Wilt u voor de ingreep nog een afspraak met de anesthesioloog of diens vertegenwoordiger  
op de anesthesiologische polikliniek (POS)?  Ja  Nee

Bent u op de hoogte van en akkoord met de aard en het doel van de ingreep  
en de anesthesie?  Ja  Nee

---

Ruimte voor eventuele opmerkingen / toelichtingen:

---

---

---

---

---

Naar waarheid ingevuld, datum \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_

Handtekening: