**Info over jezelf:**

Naam:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Adres:

Gsm:

Vaste telefoon:

E-mailadres:

Vorige huisarts:

**Neem je medicatie, supplementen of anticonceptie? Zo ja, noteer dit in de tabel**

| naam medicatie, supplement, anticonceptie | dosis | hoe vaak per dag, per week,  of per maand? |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Heb je ooit problemen gehad met … ? Vul aan met het probleem + datum + behandeling/operatie**

**Kwaadaardige aandoeningen/kanker?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Hart en bloedvaten?** *Bv. hoge bloeddruk, hoge cholesterol, bloedarmoede, hartritmestoornis, hartinfarct, overbruggingen, hartgeruis, bloedklonter,…*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Luchtwegen?** *Bv. astma, COPD/emfyseem, chronische hoest, TBC,…*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Maag en darmen?** *Bv. maagzweer, galblaasproblemen, leverproblemen, appendicitis, diverticulitis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, darmfistel/abces,…*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Blaas en urinewegen?** *Bv. nierstenen, nierontsteking, herhaalde blaasontstekingen, incontinentie,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Baarmoeder, eierstokken, borsten, prostaat, SOA’s?** *Bv. endometriose, abnormale zwangerschap, PCOS, cyste, vergrote prostaat, prostaatontsteking, HIV, chlamydia, ...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Hersenen en zenuwstelsel?** *Bv. migraine, epilepsie, beroerte, hersenbloeding, hersenvliesontsteking, zenuwpijnen,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Stofwisseling?** *Bv. suikerziekte/diabetes, zwangerschapsdiabetes, schildklierstoornis, hormoonproducerende tumor,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Neus, keel, oren?** *Bv. chronische sinusitis, amandelverwijdering, gehoorstoornis, slikstoornis, ziekte van Ménière,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Ogen?** *Bv. verminderd zicht, cataract, verhoogde oogdruk,…*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Botten en gewrichten?** *Bv. breuken, artrose, hernia, jicht, reumatoïde artritis, osteoporose,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Huid?** *Bv. eczeem, psoriasis, kwaadaardige huidvlekjes, herpes,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Psychische problemen?** *Bv. depressie, burn-out, angst, hallucinaties, manie,...*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Andere problemen?***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Hoe groot ben je? ………….. Hoeveel weeg je? ………………….
* Ben je allergisch?
* Nee
* Ja, ik ben allergisch voor: ………………………………………………………………………….
* Heb je meer dan 50 huidvlekjes?
  + Nee
  + Ja
* Zijn er ziektes in je familie?
  + hartinfarct/overbruggingen, bij mijn ……………………………… op ……… jaar
  + suikerziekte, bij mijn ………………………………………….. op ……… jaar
  + kanker, bij mijn ……………………………… soort kanker: ……………………………
  + huidkanker, bij mijn ………………………………………
  + genetische of erfelijke ziektes, bij mijn ……………………… ziekte: ………………..
  + andere: …………………………………………………………………………………
* Rook je?
* Nee. Ik rook niet.
* Ja. Ik rook ………….. sigaretten per dag sinds ………………. jaren.
* Ik ben gestopt met roken. Ik heb …….. sigaretten per dag voor …….. jaren gerookt.
* Drink je alcohol? Wat drink je dan? Hoeveel?
* Nooit
* 2 of 3 dagen per maand: …………………………………………………………………………..
* 2 of 3 dagen per week: …………………………………………………………………………….
* 4 dagen per week of vaker: ………………………………………………………………………
* Gebruik je drugs?
  + Nee
  + Ja, ik gebruik: ……………………………………………………………………………………………
* Doe je aan sport? Welke sport en hoe vaak?
* Nee
* Een beetje: …..………………………………………………………………………………………….
* Vaak: ..………………………………………………………………………………………………………
* Eet je alle dagen groenten en fruit?
  + Ja
  + Nee
* Denk je dat je gezond eet?
  + Ja
  + Nee

* Heb je psychische of sociale moeilijkheden?
* Ja
* Nee
* Wil je daarover praten met je huisarts?
* Ja
* Nee
* Wanneer kreeg je je laatste vaccin tegen **tetanus**? Datum: ……………………………….
* Deed je ooit mee aan deze **bevolkingsonderzoeken naar kanker**?

*Om de datum van je laatste bevolkingsonderzoek te controleren, kun je inloggen op MijnGezondheid.be met je eID of itsme app.*

* + - Onderzoek naar **darmkanker** bij mannen en vrouwen tussen 50 en 74 jaar.
  + Ja
  + Nee

Wanneer deed je voor het laatst deze test? Datum: ……………………………….

* Onderzoek naar **borstkanker** bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar.
  + Ja
  + Nee

Wanneer was je laatste mammografie? Datum: ………………………………….

* Onderzoek naar **baarmoederhalskanker** bij vrouwen tussen 25 en 64 jaar.
  + Ja
  + Nee

Wanneer was je laatste uitstrijkje? Datum: ……………………………………