



## Vragenlijst CARDIOLOGIE

### Medische voorgeschiedenis

Rookt u actief?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u een verhoogd cholesterol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u een verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u een nierfunctievermindering?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u hartlijden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u hartritmestoornissen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bent u drager van een hartstimulator (pacemaker of automatische defibrillator)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u angina pectoris (hartkramp)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u in het verleden een hartaanval doorgemaakt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u in het verleden een ballondilatatie (dotterprocedure) ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u in het verleden een hartoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u in het verleden een hersentrombose doorgemaakt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Doet u regelmatig sport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Hebt u last om een volle boodschappentas of een gelijkaardig gewicht de trap op te dragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen

### Klachtenpatroon

Heeft u last van dikke voeten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u klachten van pijn op de borst bij inspanning of in rust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Heeft u klachten van kortademigheid bij inspanning of in rust?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Krijgt u pijn in de onderste ledematen bij snel bergop wandelen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen

### Medicatie

---

---

---

---

---

---

---