

19. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (TIA) gehad?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
20. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / nee.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
21. Heeft u suikerziekte? Zo ja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
22. Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
23. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
24. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
25. Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
26. Heeft u chronische maag-darmklachten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
27. Heeft u een aandoening van de schildklier?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
28. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
29. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
30. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
31. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
32. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
33. Rookt u? Zo ja, hoeveel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
34. Gebruikt u alcohol? Zo ja, Hoeveel?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
35. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
36. Bent u zwanger? Zo ja wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/> NVT <input type="checkbox"/> Ja
37. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
38. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja, welke? Of kopie medicijnlijst bijvoegen.	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Volledig naar waarheid en beste weten ingevuld.

Datum _____ Handtekening _____