

Vragenlijst CVRM:

Naam:

Geboortedatum:

| | | |
|------|--|--|
| 1. | Lengte in cm | ... cm |
| 2. | Gewicht in kg | ... kg |
| 3. | Rookt u of heeft u gerookt? | <input type="checkbox"/> Ja, ik rook nog steeds > 3a <input type="checkbox"/> Ja, ik heb gerookt, maar ben gestopt > 4 <input type="checkbox"/> Nee, > 5 |
| 3a. | Hoeveel sigaretten per dag? | ... (ga verder naar 5) |
| 3b. | Hoeveel jaar rookt u? | ... (ga verder naar 5) |
| 4. | Per wanneer bent u gestopt | ...-...-..... (datum) |
| 4a. | Hoeveel sigaretten per dag rookte u | ... (ga verder naar 5) |
| 5. | Gebruikt u alcohol? | <input type="checkbox"/> Ja, 5a <input type="checkbox"/> Nee, > 6 |
| 5a. | Hoeveel eenheden per dag | ... |
| 5b. | Hoeveel eenheden per week | ... |
| 6. | Heeft u weleens één van de volgende aandoeningen gehad of wordt u er nog voor behandeld? (kruis aan wat van toepassing is) | <input type="checkbox"/> Hartinfarct <input type="checkbox"/> Beroerte (hersenbloeding/infarct) <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Schildklier-aandoening <input type="checkbox"/> Pijn op de borst (angina pectoris) <input type="checkbox"/> Vaatkrampen (etalagebenen) <input type="checkbox"/> Suikerziekte / diabetes type 1 of 2 <input type="checkbox"/> Verhoogd cholesterol <input type="checkbox"/> Suiker of eiwit in urine <input type="checkbox"/> Ernstige aderverkalking |
| 6a. | Indien u bij 6 één of meer kruisjes heeft gezet: Bent u voor deze aandoening in behandeling bij de specialist? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 6b. | Wanneer bent u voor het laatst op controle geweest? | |
| 7. | Komen er in uw naaste familie (vader/moeder/broer/zus) vóór de leeftijd van 65 jaar hart- en vaatziekten voor? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 8. | Komt diabetes type 2 (ouderdoms-suikerziekte) voor bij uw vader/moeder/broer/zus)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 9. | Wat doet u aan sport / beweging? Hoe vaak per week, hoe lang? | |
| 10. | Bent u bekend met reuma of een reumatische aandoening? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 11. | Voelt u zich vaak gespannen / gestrest? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 12.a | Gebruikt u medicatie voor hart en vaat problemen, stollingsproblemen, suikerziekte, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 12.b | Zo ja, wat en in welke dosering? | |