**Vragenlijst CVRM spreekuur** DF RS IV

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Geboortedatum: |
| Naam: |  |

Graag omcirkelen wat van toepassing is:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Heeft u hart- en vaatziektes?**  Zo ja,zijn dit reeds bekende klachten of nieuwe klachten?  Komen er hart-en vaatziektes voor in uw familie? | nee  bekende  nee | ja  nieuw namelijk:  ja namelijk: | |
| Bent u voor deze klachten onder controle bij de specialist? | nee | ja bij dr.: | |
| Wilt u deze jaarlijkse controle voortzetten?  Zo nee, waarom niet? | nee | ja | |
| Wat is uw lengte en gewicht? cm kg |  |  |  |
| Rookt u? | nee | ja | gestopt sinds: |
| Zo ja, overweegt u wel eens te stoppen? | nee | ja |  |
| Zo ja, zou u informatie of hulp daarbij willen | nee | ja |  |
| Hoeveel eenheden alcohol drinkt u gemiddeld per dag? |  |  |  |
| Wat doet u aan beweging/ sport naast uw dagelijkse bezigheden per week? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Heeft u last van :** |  |  |  |
| Pijn op de borst? Zo ja: klachten in rust of bij inspanning? | nee | ja in rust | ja bij inspanning |
| Erge kortademigheid bij inspanning?  Zo ja, heeft u problemen met de longen? | nee  nee | ja  ja namelijk: |  |
| Hartkloppingen? | nee | ja |  |
| Extreme moeheid bij inspanning? | nee | ja |  |
| Dikke enkels, ook als het niet warm weer is | nee | ja |  |
| Moet u vaker dan 2 keer per nacht plassen? | nee | ja |  |
| Wordt u benauwd als u plat in bed ligt? | nee | ja |  |
| Pijn in de benen als u een eindje loopt? | nee | ja |  |
| Zo ja, zakt de pijn binnen enkele minuten als u stilstaat? | nee | ja |  |
| Zo ja, heeft u deze pijn ook in de nacht? | nee | ja |  |
| Zou u iets aan uw voeding willen veranderen? | nee | ja |  |
| Heeft u afgelopen jaar een dieet gevolgd? | nee | ja | welk: |
| Volgt u een GLI-programma? | nee | ja | waar: |
| Slikt u vitamine D? | nee | ja | dosering: |
| Gebruikt u zelfzorgmedicijnen van drogist, reformwinkel of apotheek: pijnstillers, vitamines, kruiden, voedingsprepaat) | nee | ja |  |
| Zo ja, welke? |  | hoevaak: | sterkte/dosering: |
| \* |  |  |  |
| \* |  |  |  |
| \* |  |  |  |
| \* |  |  |  |
| \* |  |  |  |
| Welke vragen heeft u aan de praktijkondersteuner? | geen |  |  |