|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Algemeen**
 |  |  |
| Wat wilt u zeker bespreken bij dit bezoek? |  |  |
|  |  |  |
| 1. **Klachten**
 |  |  |
|  Heeft u klachten die u wilt bespreken?  | ja | nee |
|  Zo ja, welke?   |  |  |
| Heeft u last van: |  |  |
| * pijn op de borst?
 | ja | nee |
| * hartkloppingen?
 | ja | nee |
| * kortademigheid bij inspanning?
 | ja | nee |
| * toegenomen moeheid bij inspanning?
 | ja | nee |
| * dikke enkels?
 | ja | nee |
| * pijn in de benen bij lopen die zakt in rust?
 | ja | nee |
| * seksuele problemen?
 | ja | nee |
|  |  |  |
| 1. **Bewegen**
 |  |  |
| * Bent u het afgelopen jaar meer of minder gaan bewegen? Of is dat hetzelfde gebleven?
 | meerminder | zelfde gebleven |
| * Zou u meer aan lichaamsbeweging willen gaan doen?
 | ja | nee |
| * Heeft u vragen over uw lichaamsbeweging /sport? Zo ja, welke?
 | ja | nee |
| 1. **Medicatie**
 |  |  |
| * Heeft u problemen met uw medicatie?
 | ja | nee |
| * Zijn er medicijnen waarmee u problemen heeft gehad/hinderlijke bijwerkingen?
 | ja | nee |
|  |  |  |
| 1. **Leefstijl**
 |  |  |
| * **Rookt** u?
 | ja | nee |
| * Zo ja, denkt u er wel eens over om te stoppen?
 | ja | nee |
| * Heeft u het afgelopen jaar geprobeerd om te stoppen?
 | ja | nee |
| * Wilt u hulp bij het stoppen met roken?
 | ja | nee |
|  |  |  |
| * Heeft u het afgelopen jaar een **dieet** gevolgd?
 | ja | nee |
| * Zou u iets aan uw voeding willen veranderen?
 | ja | nee |
| * Heeft u daar vragen over?
* Zo ja, welke?
 | ja | nee |
| * Gebruikt u **alcohol**?
 | ja | nee |
| * Zo ja, hoeveel eenheden per dag of per week?
 | dag: | Week: |
|  |  |  |
| 1. **Familie anamnese**
 |  |  |
| Komen de volgende ziektes **in uw familie** voor |  |  |
| * Verhoogd cholesterol
 | ja | nee |
| * Hartinfarct, hartfalen, TIA/CVA/herseninfarct onder de leeftijd van 60 jaar
 | ja | nee |
| * Hartinfarct, hartfalen, TIA/CVA/herseninfarct boven de leeftijd van 65 jaar bij broer, zus of ouders
 | ja | nee |
|  |  |  |