|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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? | meer  minder | 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 |
|  |  |  |