**Vragenlijst CVRM spreekuur**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heeft u in het afgelopen jaar last gehad van hart- en vaatziektes?** | nee | ja |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Heeft u last van :** | nee | ja |
| Pijn op de borst |  |  |
| Kortademigheid bij inspanning? |  |  |
| Hartkloppingen? |  |  |
| Moeheid bij inspanning? |  |  |
| Dikke enkels |  |  |
|  |  |  |
| Moet u vaker dan 2 keer per nacht plassen? |  |  |
| Wordt u benauwd als u plat in bed ligt? |  |  |
|  |  |  |
| Pijn in de benen als u een eindje loopt?  |  |  |
|  Zo ja, zakt de pijn binnen enkele minuten? |  |  |
|  |  |  |
| Heeft u last van bijwerkingen van uw medicijnen? |  |  |
| Heeft u moeite om uw medicijnen dagelijks in te nemen? |  |  |
| Gebruikt u zelfzorgmedicijnen (die u koopt bij drogist of apotheek) |  |  |
|  Zo ja, welke? |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Rookt u? |  |  |
| Heeft u in het verleden gerookt? |  |  |
| Overweegt u wel eens te stoppen? |  |  |
|  |  |  |
| Zou u iets aan uw voeding willen veranderen?  |  |  |
| Heeft u afgelopen jaar een dieet gevolgd? |  |  |
|  |  |  |
| Hoeveel eenheden alcohol drinkt u gemiddeld per dag? |  |  |
|  |  |  |
| Wat is uw lengte? |  |  |
| Wat is uw gewicht? |  |  |
|  |  |  |
| Wat doet u aan beweging of sport naast de dagelijkse bezigheden? |  |  |