

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?		