

Risico Management vragenlijst

1. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van:
 - Pijn op de borst? Ja/nee
 - Hartkloppingen? Ja/nee
 - Kortademigheid bij inspanning? Ja/nee
 - Moeheid bij inspanning? Ja/nee
 - Dikke enkels? Ja/nee
2. Gebruikt u medicijnen?
 - Heeft u last van bijwerkingen van de medicijnen? Ja/nee
 - Heeft u moeite uw medicijnen dagelijks in te nemen? Ja/nee
 - Gebruikt u zelfzorgmedicijnen? (van de apotheek of drogist)
 - Zo ja welke?
3. Hebben uw ouders, broers of zussen een aandoening aan hun hart/bloedvaten gehad voor hun 65^e levensjaar? Ja/nee
4. Rookt u? Ja/nee
 - Zo ja, hoelang (in jaren)?
 - Hoeveel (in pakjes per dag)?
5. Gebruikt u alcohol of drugs? Ja/nee
 - zo ja, hoeveel?
6. Bent u vaak kortademig? Ja/nee
7. Moet u vaak hoesten? Ja/nee
8. Voldoet uw voeding meestal aan de volgende eisen?
 - 1x per week vis Ja/nee
 - dagelijks verse groenten en fruit Ja/nee
 - drinkt u 1,5- 2liter vocht op een dag? Ja/nee
9. Beweegt u tenminste 5 dagen per week minimaal een half uur? Ja/nee
10. Krijgt u pijn in de benen na minder dan 1 km lopen, die overgaat met rusten? Ja/nee
11. Werkt u in ploegendienst? Ja/nee
12. Snurkt u? Ja /nee
13. Bent u bekend met ademstops? Ja /nee
14. Ervaart u veel stress? Ja/nee
15. Vindt u dat u een goed leven heeft? Ja/nee
 - welk cijfer zou u het op dit moment geven?
16. Zijn er nog andere zaken die u wil bespreken?