

Interne geneeskunde  
040 286 4873

Geachte patiënt,

Wil je voorafgaand aan het intakegesprek onderstaande lijst invullen en meenemen naar jouw afspraak.

**Algemene gegevens**

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Telefoonnr.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_

**Klachten**

Heb je last van de volgende klachten? Als je met 'ja' beantwoordt vragen wij jou een korte toelichting te geven.

Algeheel onwel zijn/ ziek -zijn/ voelen?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Gewichtsverlies?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Gewichtstoename?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Koorts?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Buikkrampen?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Pijn in buik?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Toenemend last van winderigheid?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Opgezetten buik?

Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Wisselend ontlastingspatroon?

Veranderde kleur of vastheid van de ontlasting?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Verstopping?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Diarree?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Bloed in of op de ontlasting?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Slijm in of op de ontlasting?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Aandrang en er komt niets?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Incontinentie van de ontlasting  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Aambeien?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

Scheurtje bij de anus?  
Nee O Ja O, \_\_\_\_\_.

### Medicijnen

Vul in onderstaande tabel jouw medicijngebruik in.

Naam Medicijn	Sterkte	Hoe vaak + hoeveel per dag

Gebruik je bloedverdunners?

Nee  Ja

Ben je bekend bij de trombosedienst?

Nee  Ja  \_\_\_\_\_.

Heb je een stollingsziekte?

Nee  Ja

Gebruik je ijzertabletten?

Nee  Ja

### Heb je een van onderstaande aandoeningen?

	Ja	Nee
Colitis ulcerosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De ziekte van Crohn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poliepen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere aandoening van jouw darm?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft al eerder een scopie van de dikke darm	<input type="radio"/> Jaar:	<input type="radio"/>
Zijn er complicaties tijdens deze scopie geweest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je hartklachten, pijn op de borst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je een pacemaker/ ICD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ben je bekend bij een cardioloog (hartspecialist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Word je behandeld voor een te hoge / lage bloeddruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je ooit een hartinfarct gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Word je behandeld voor een onregelmatige hartslag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je ooit een CVA of een TIA gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien ja, heb je restverschijnselen / beperkingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je glaucoom?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je epilepsie, trekkingen of black-outs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Heb je de spierziekte ALS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je de ziekte Myastenia Gravis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je Parkinson?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je een heupprothese?	<input type="radio"/> re <input type="radio"/> li	<input type="radio"/>
Heb je een knieprothese?	<input type="radio"/> re <input type="radio"/> li	<input type="radio"/>
Heb je ergens anders in jouw lichaam platen of schroeven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je astma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je chronische bronchitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je COPD? Goldklasse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ben je zuurstofafhankelijk, zo ja hoeveel liter/min?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ben je kortademig bij inspanning?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heb je slaap-apneu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, heb je een CPAP apparaat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ben je diabeet ( suikerziekte)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zo ja, word je hiervoor behandeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> insuline		
Gebruik je slaapmedicatie/antidepressiva 's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebruik je alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drink je meer dan 3 glazen alcohol per dag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rook je, zo ja hoeveel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alleen voor vrouwen;		
Ben je zwanger/ of in de afgelopen 3 maanden geweest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geef je borstvoeding?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Familiaire belasting

	Ja	Nee	Relatie? Broer/Zus
Zijn er eerstegraads en/of tweedegraads familieleden bekend met darmziektes, zoals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> darmkanker, bij wie op welke leeftijd ontstaan? <input type="radio"/> darmpoliepen, bij wie? <input type="radio"/> darmontsteking			
Zijn er eerste en/of tweedegraads familieleden met baarmoederkanker of baarmoederhalskanker? Welke leeftijd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere vormen van kwaadaardige ziektes? Bij wie en op welke leeftijd ontstaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## Allergie

Heb je een allergie of overgevoeligheid?

Nee  Ja

Zo ja, graag aankruisen wat van toepassingen is

- penicilline
- jodium
- latex/rubber
- bruine/witte pleister
- lidocaïne
- Antibiotica, welke? \_\_\_\_\_.
- contrastmiddelen
- morfine
- of ander stoffen, zoals \_\_\_\_\_.

## Overige vragen

Heb je eerder een roesje gehad?

Nee  Ja

Hoe heb je daar op gereageerd?

\_\_\_\_\_

Jouw gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Lengte: \_\_\_\_\_cm

Wil je deze informatie online bekijken ga dan naar  
[www.annaziekenhuis.nl/medische-informatie/int009-  
vragenlijst-voor-intakegesprek-coloscopie/](http://www.annaziekenhuis.nl/medische-informatie/int009-vragenlijst-voor-intakegesprek-coloscopie/)  
Of scan met je telefoon of tablet de QR-code.



INT009  
07-01-2020