

<input type="checkbox"/>	1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?
<input type="checkbox"/>	1.1. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?
<input type="checkbox"/>	1.2. Nemen de klachten de laatste tijd toe?
<input type="checkbox"/>	1.3. Hebt u ook klachten in rust?
<input type="checkbox"/>	1.4. Hebt u ondanks bypass-operatie, Dotter-procedure of lasertherapie weer agina-pectoris gekregen?
<input type="checkbox"/>	2. Hebt u een hartinfarct gehad?
<input type="checkbox"/>	2.1. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? (+)
<input type="checkbox"/>	2.2. Ondervindt u nog steeds klachten?
<input type="checkbox"/>	2.3. Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?
<input type="checkbox"/>	3. Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?
<input type="checkbox"/>	4. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?
<input type="checkbox"/>	5. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?
<input type="checkbox"/>	5.1. Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?
<input type="checkbox"/>	5.2. Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?
<input type="checkbox"/>	6. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?
<input type="checkbox"/>	6.1. Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen?
<input type="checkbox"/>	6.2. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?
<input type="checkbox"/>	7. Hebt u last van hartzwakte?
<input type="checkbox"/>	7.1. Hebt u 's avonds gezwollen voeten?
<input type="checkbox"/>	7.2. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?
<input type="checkbox"/>	7.3. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?
<input type="checkbox"/>	7.4. Wordt u 's nachts kortademig wakker?
<input type="checkbox"/>	8. Hebt u een hoge bloeddruk?
<input type="checkbox"/>	8.1. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?
<input type="checkbox"/>	8.2. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?
<input type="checkbox"/>	8.3. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?
<input type="checkbox"/>	8.4. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?
<input type="checkbox"/>	9. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?
<input type="checkbox"/>	9.1. Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?
<input type="checkbox"/>	9.2. Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?
<input type="checkbox"/>	10. Bent u ooit flauwgefallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?
<input type="checkbox"/>	11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?
<input type="checkbox"/>	11.1. Wisselt u regelmatig van medicijnen?
<input type="checkbox"/>	11.2. Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?
<input type="checkbox"/>	12. Hebt u last van hyperventileren?
<input type="checkbox"/>	13. Hebt u astma?

<input type="checkbox"/>	13.1. Hebt u daar nu last van?
<input type="checkbox"/>	14. Hebt u slechte longen?
<input type="checkbox"/>	14.1. Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?
<input type="checkbox"/>	14.2. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?
<input type="checkbox"/>	14.3. Bent u kortademig bij het aankleden?
<input type="checkbox"/>	15. Hebt u hooikoorts?
<input type="checkbox"/>	16. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodine)?
<input type="checkbox"/>	16.1. Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?
<input type="checkbox"/>	16.2. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?
<input type="checkbox"/>	16.3. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?
<input type="checkbox"/>	16.4. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?
<input type="checkbox"/>	16.5. Waarvoor bent u allergisch? (+)
<input type="checkbox"/>	17. Hebt u suikerziekte?
<input type="checkbox"/>	17.1. Gebruikt u insuline?
<input type="checkbox"/>	17.2. Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglykemie)?
<input type="checkbox"/>	17.3. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?
<input type="checkbox"/>	18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?
<input type="checkbox"/>	18.1. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?
<input type="checkbox"/>	18.2. Hebt u ondanks behandeling klachten?
<input type="checkbox"/>	19. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?
<input type="checkbox"/>	19.1. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?
<input type="checkbox"/>	19.2. Hebt u ondanks behandeling klachten?
<input type="checkbox"/>	20. Hebt u een leverziekte?
<input type="checkbox"/>	20.1. Langer dan 6 maanden?
<input type="checkbox"/>	20.2. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?
<input type="checkbox"/>	21. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?
<input type="checkbox"/>	21.1. Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling?
<input type="checkbox"/>	22. Hebt u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?
<input type="checkbox"/>	22.1. Hebt u langer dan 6 maanden diaree?
<input type="checkbox"/>	23. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?
<input type="checkbox"/>	23.1. Welke? (+)
<input type="checkbox"/>	24. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?
<input type="checkbox"/>	25. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?
<input type="checkbox"/>	25.1. Welke? (+)
<input type="checkbox"/>	25.2. Wordt u hiervoor behandeld?
<input type="checkbox"/>	25.3. Hebt u koorts in aanvallen?

<input type="checkbox"/>	26. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?
<input type="checkbox"/>	26.1. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?
<input type="checkbox"/>	26.2. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?
<input type="checkbox"/>	27. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?
<input type="checkbox"/>	27.1. Was dit minder dan 5 jaar geleden?
<input type="checkbox"/>	28. Gebruikt u op dit moment medicijnen?
<input type="checkbox"/>	28.1. Voor het hart?
<input type="checkbox"/>	28.2. Loopt u bij de trombosedienst?
<input type="checkbox"/>	28.3. Tegen hoge bloeddruk?
<input type="checkbox"/>	28.4. Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten)
<input type="checkbox"/>	28.5. Voor suikerziekte?
<input type="checkbox"/>	28.6. Prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?
<input type="checkbox"/>	28.7. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten?
<input type="checkbox"/>	28.8. Penicilline of antibiotica?
<input type="checkbox"/>	28.9. Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?
<input type="checkbox"/>	28.10. Andere medicijnen? (+)
<input type="checkbox"/>	28.11. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?
<input type="checkbox"/>	28.12. Meer dan 5 alcoholische consumpties?
<input type="checkbox"/>	29. Rookt u?
<input type="checkbox"/>	29.1. Hoeveel? (+)