



*St. Anna Ziekenhuis*



# Vragenlijst voor intakegesprek coloscopie

I bijzonder betrokken I

---

Geachte patiënt,

Wilt u voorafgaand aan het intakegesprek onderstaande lijst invullen en meenemen naar uw afspraak.

**Algemene gegevens**

Naam: .....

Adres: .....

Geboortedatum:.....

Telefoonnr.: .....

E-mail:.....

Huisarts: .....

Apotheek: .....

---

## Klachten

Heeft u last van de volgende klachten? Als u met 'ja' beantwoordt vragen wij u een korte toelichting te geven.

Algeheel onwel zijn/ ziek –zijn/ voelen?

Nee  Ja , .....

Gewichtsverlies?

Nee  Ja , .....

Gewichtstoename?

Nee  Ja , .....

Koorts?

Nee  Ja , .....

Buikkrampen?

Nee  Ja , .....

Pijn in buik?

Nee  Ja , .....

Toenemend last van winderigheid?

Nee  Ja , .....

Opgezette buik?

Nee  Ja , .....

Wisselend ontlastingspatroon?

Nee  Ja , .....

Veranderde kleur of vastheid van de ontlasting?

Nee  Ja , .....

---

Verstopping?

Nee  Ja , .....

Diarree?

Nee  Ja , .....

Bloed in of op de ontlasting?

Nee  Ja , .....

Slijm in of op de ontlasting?

Nee  Ja , .....

Aandrang en er komt niets?

Nee  Ja , .....

Incontinentie van de ontlasting

Nee  Ja , .....

Aambeien?

Nee  Ja , .....

Scheurtje bij de anus?

Nee  Ja , .....

---

## Medicijnen

Vul in onderstaande tabel uw medicijngebruik in.

Naam Medicijn	Sterkte	Hoe vaak + hoeveel per dag

Gebruikt u bloedverduunners? Nee  Ja

Bent u bekend bij de trombosedienst?  
Nee  Ja , waar.....

Heeft u een stollingsziekte? Nee  Ja

Gebruikt u ijzertabletten? Nee  Ja

---

**Heeft u een van onderstaande aandoeningen?**

	<b>ja</b>	<b>nee</b>
Colitis ulcerosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De ziekte van Crohn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere aandoening van uw darm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft al eerder een scopie van de dikke darm	<input type="checkbox"/> jaar:	<input type="checkbox"/>
Zijn er complicaties tijdens deze scopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u hartklachten, pijn op de borst/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een pacemaker/ ICD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u bekend bij een cardioloog ( hartspecia-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u behandeld voor een te hoge / lage bloed-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u behandeld voor een onregelmatige hart-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit een CVA of een TIA gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien ja, heeft u restverschijnselen / beperkin-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u glaucoom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>ja</b>	<b>nee</b>
Heeft u epilepsie, trekkingen of black-outs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de spierziekte ALS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de ziekte Myastenia Gravis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een heupprothese?	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>
Heeft u een knieprothese?	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>
Hebt u ergens anders in uw lichaam platen of schroeven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u chronische bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u COPD? Goldklasse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u zuurstofafhankelijk, zo ja hoeveel liter/min?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u kortademig bij inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u slaap-apneu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, heeft u een CPAP apparaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u diabeet ( suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, wordt u hiervoor behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> insuline		
Gebruikt u slaapmedicatie/antidepressiva 's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

	ja	nee
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drinkt u meer dan 3 glazen alcohol per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rookt u, zo ja hoeveel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleen voor vrouwen;		
Bent u zwanger/ of in de afgelopen 3 maanden geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeft u borstvoeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Familiaire belasting

	ja	nee	Relatie? broer-zus
Zijn er eerstegraads en/of tweedegraads familieleden bekend met darmziektes, zoals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> darmkanker, bij wie op welke leeftijd ontstaan? <input type="checkbox"/> darmpoliepen, bij wie? <input type="checkbox"/> darmontsteking			
Zijn er eerste en/of tweedegraads familieleden met baarmoederkanker of baarmoederhalskanker? Welke leeftijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere vormen van kwaadaardige ziektes? Bij wie en op welke leeftijd ontstaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



---

## Allergie

Heeft u 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

Heeft u eerder een roesje gehad? Nee  Ja

Hoe heeft u daar op gereageerd? .....

Uw gewicht:.....kg

Lengte:.....cm





**St. Anna Ziekenhuis**

**Locatie Geldrop**

Bogardeind 2  
5664 EH Geldrop

**Locatie Eindhoven**

Antoon Coolenlaan 1-03  
5644 RX Eindhoven

T 040 - 286 4040

[www.st-anna.nl](http://www.st-anna.nl)

**INT009  
07-20**