

CVRM VRAGENLIJST

Algemeen		
	Ja	Nee
1. Wat wilt u bespreken over uw leefstijl? ----- -----		
Klachten		
2. Heeft u het afgelopen jaar last gehad van hart- en vaatziektes?	Ja	Nee
3. Heeft u last van:		
- Pijn op de borst?	Ja	Nee
- Kortademigheid?	Ja	Nee
- Hartkloppingen?	Ja	Nee
- Dikke benen/enkels?	Ja	Nee
- 's Nachts vaak plassen?	Ja	Nee
- Kortademigheid in de nacht?	Ja	Nee
- Pijn in de benen als u een eindje loopt? Zo ja, zakt deze pijn weer als u even rust? ('etalagebenen')	Ja	Nee
Medicatie		
4. Heeft u bijwerkingen van uw medicatie?	Ja	Nee
5. Heeft u moeite om uw medicijnen dagelijks in te nemen?	Ja	Nee
Leefstijl		
6. Rookt u?		
7. Zo ja, denkt u er wel eens over om te stoppen met roken?		
8. Zo ja, heeft u het afgelopen jaar geprobeerd te stoppen met roken?		

Man / vrouw		
9. MAN: Heeft u last van erectieproblemen, niet tot stand komen/korter aanhouden/ minder hard worden van erectie?	Ja	Nee
10. VROUW: Heeft u problemen met seksuele opwinding?	Ja	Nee
11. VROUW: Heeft u pijn bij het vrijen? Wilt u dit bespreken?	Ja	Nee
Alcohol		
12.Bent u in het afgelopen jaar meer alcohol gaan drinken?	Ja	Nee
13.Bent u in het afgelopen jaar minder alcohol gaan drinken?	Ja	Nee
14.Zou u iets in het alcoholgebruik willen veranderen?	Ja	Nee
15.Heeft u vragen over uw alcoholgebruik?	Ja	Nee
Voeding		
16.Heeft u in het afgelopen jaar een dieet gevolgd?	Ja	Nee
17.Zou u iets aan uw voeding willen veranderen?	Ja	Nee
18.Heeft u vragen over uw voeding? Zo ja, welke? -----	Ja	Nee
Beweging		
19.Bent u in het afgelopen jaar minder gaan bewegen?	Ja	Nee
20.Bent u in het afgelopen jaar meer gaan bewegen?	Ja	Nee
21.Zou u meer aan lichaamsbeweging willen doen?	Ja	Nee
22.Heeft u vragen over uw lichaamsbeweging? Zo ja, welke? -----	Ja	Nee

Heeft u een eigen bloeddrukmeter?

>> Neemt u deze mee naar de afspraak, dan controleren we de meter gelijk. <<

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.