



# Vragenlijst eerste polikliniek bezoek

S.v.p. ingevuld meenemen bij uw eerste bezoek of per mail sturen aan [receptie@diabeter.nl](mailto:receptie@diabeter.nl)

<b>De volgende vragen hebben betrekking op een aantal persoonsgegevens en voorgeschiedenis van uw zoon/dochter.</b>	
1 Achternaam (zoals in paspoort):	_____
2 Officiële eerste voornaam (zoals in paspoort):	_____
3 Roepnaam:	_____
4 Geboortedatum / geslacht:	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _  M / V
5 Heeft patiënt een meerling broer/zus:	NEE, ga door met vraag 8     JA
6 geef dan met nummer het totaal aan: (bijvoorbeeld 2=tweeling)	→  _
7 geef met nummer in welke volgorde de patiënt geboren is: (bijvoorbeeld 1 betekent de eerstgeborene)	→  _
8 Hoeveelste zwangerschap was dit van moeder:	_
9 Zwangerschapsduur: (bijvoorbeeld 40 weken en 2 dagen)	_ _  weken en  _  dagen
10 Geboortegewicht:	_ _ _  gram
11 Borstvoeding gehad:	_  nooit of  _  minder dan 10 dagen of  _  tussen 10 dagen en 3 maanden of  _  tussen 3 en 6 maanden of  _  meer dan 6 maanden
12 Zijn alle vaccinaties zoals gegeven worden door het consultatiebureau en schoolarts gegeven:	JA     NEE
13 Allergie m.b.t. huid, luchtwegen en/of spijsvertering	NEE     Ja, nl. van: _____
14 Wordt er thuis gerookt:	NEE     JA
<b>De volgende vragen hebben betrekking op de diagnose diabetes mellitus.</b>	
15 Wanneer is de diagnose diabetes gesteld:	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _
16 Wanneer is de behandeling met insuline gestart:	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _
17 Hoeveel weken waren er al klachten van veel drinken:	_
18 Hoeveel weken waren er al klachten van veel plassen:	_
19 Was er gewichtsverlies:	NEE     JA   nl:  _ _ .  _  kg
<b>De volgende vragen hebben betrekking op de biologische ouders van de patiënt.</b>	
20 Wat is de lichaamslengte van vader:	_ _ _ .  _  cm geboortedatum:  _ _ .  _ _ .  _ _
21 Wat is de lichaamslengte van moeder:	_ _ _ .  _  cm geboortedatum:  _ _ .  _ _ .  _ _
Zijn vader en moeder bloedverwanten: (bijvoorbeeld neef-nicht)	NEE     JA
22 Wie is uw huisarts:	naam: _____ Postcode  _ _ _ _   _ _  telnr: _____
23 Welke is uw apotheek:	naam: _____ Postcode  _ _ _ _   _ _  faxnr: _____
24 Welke is uw ziektekostenverzekeraar	naam: _____ verzekeringsnr  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
25 Betreft u medische materialen via postorderbedrijf: Vervolg op de achterzijde	naam: _____



46	<b>Huidige behandeling:</b> <input type="checkbox"/> Spuiten insuline <span style="float: right;">naaldlengte _____ mm</span> om <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EH van _____ om <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EH van _____ om <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EH van _____ om <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EH van _____ om <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EH van _____
	<input type="checkbox"/> Insuline pomp sinds: _____ <input type="checkbox"/> Medtronic type _____ sinds: _____ <input type="checkbox"/> Roche type _____ sinds: _____
	<input type="checkbox"/> Medicatie <span style="margin-left: 20px;">soort en dosering</span>

**Bij het eerste bezoek graag meenemen:**

- Identificatie (met foto en BurgerServiceNummer zoals bijv. paspoort)
- Verzekeringspasje
- Voor kinderen de oude groeigegevens (groeiboekje)

***Ruimte voor andere mededelingen:***