



Vragenlijst Gezonde-darmflora.nl

Geboortedatum:

Datum van vandaag:

Mobiel/telefoon:

Adres:

Wat is uw geslacht?	m/v
Wat is uw gewicht?	kilo
Wat is uw lengte?	Cm
BMI	cm/kg ²
Wat is uw beroep/studie?	
Wat is uw opleidingsniveau?	
Wat is uw gezinssamenstelling?	
Bent u op een natuurlijke manier geboren of via een keizersnede?	
Heeft u kinderen?	Ja/Nee
Bent u ooit bij een keuring (als donor of anderszins) afgekeurd?	Ja/Nee
Zo ja, waarom?	
Heeft u wel eens bloed gedoneerd?	Ja/Nee
Zo ja wanneer was de laatste keer?	
Bent u wel eens bij een specialist (arts in het ziekenhuis) geweest?	Ja/Nee
Zo ja, Datum:	
Reden:	
Slikt u medicijnen?	Ja/Nee
Zoja, welke medicijnen heeft u gekregen?	
In welk jaar is deze behandeling gestart?	
Bent u in het verleden depressief geweest?	Ja/Nee
Zoja, wanneer begon dit en voor hoe lang?	
Heeft u hiervoor medicijnen geslikt?	Ja/Nee
Bent u voor autisme onder behandeling geweest?	Ja/Nee

Bent u wel eens getest op suikerziekte?	Ja/Nee
Zo ja, wat was de uitslag:	
Komt in de familie suikerziekte voor?	Ja/Nee
Komt in de familie schizofrenie/bipolaire of angststoornissen voor?	Ja/Nee
Komt de ziekte van Creuzfeldt Jakob in uw familie voor?	Ja/Nee
Komt dementie voor het zestigste levensjaar in uw familie voor?	Ja/Nee
Bent u geboren in een land buiten Europa of heeft u langer dan 5 jaar in een land buiten Europa gewoond?	Ja/Nee
Zo ja waar en wanneer?	
Bent u tussen 1980 en 1996 bij elkaar opgeteld langer dan 6 maanden in het Verenigd Koninkrijk verbleven?	Ja/Nee
Heeft u een beroepsrisico op bloed-overdraagbare infectieziekten? (op dit moment dagelijks patiëntencontact)	Ja/Nee
Zoja, namelijk?	
Heeft u wel eens een prikaccident gehad? (bijvoorbeeld een verwonding met een met bloed van iemand anders besmeurde naald, of een ander scherp met bloed besmeurd voorwerp?)	Ja/Nee
Heeft u wel eens bloedproducten in de bloedbaan toegediend gekregen? (bv. Bloedtransfusies)?	Ja/Nee
Zo ja wanneer?	
Heeft u ooit drugs in uw aderen (intraveneus) gespoten?	Ja/Nee
Heeft u ooit drugs gesnoven?	Ja/Nee
Heeft u ooit een tatoeage (gehad)?	Ja/Nee
Zo ja in welk land is deze geplaatst en wanneer?	
Heeft u ooit een piercing/oorbellen laten zetten?	Ja/Nee
Zo ja in welk land is deze gezet?	
Heeft u ooit acupunctuur gehad?	
Zo ja in welk land?	
Heeft u ooit behandeling met groeihormonen gehad?	Ja/Nee
Heeft u ooit een weefseldonatie gehad? (bv hoornvlies)	Ja/Nee
Heeft u ooit een haartransplantatie gehad?	Ja/Nee
Heeft u ooit een operatie of klinische behandeling in het buitenland ondergaan?	Ja/Nee
Zo ja, waar en wanneer?	
Bent u de afgelopen twee jaar in de tropen geweest? Zo ja waar en in welk jaar?	Ja/Nee

Heeft u ooit malaria gehad?	Ja/Nee
Zo ja in welk jaar? Weet u ook welk type?	
Heeft u ooit bijzondere infectieziekten gehad?	Ja/Nee
Zoja, welke infectieziekten?	
Bent u gevaccineerd (dus geen eenmalige immunoglobuline injectie) voor Hepatitis A?	Ja/nee
Zo ja, was de titer voldoende?	Ja/Nee
Bent u gevaccineerd (dus geen eenmalige immunoglobuline injectie) voor Hepatitis B?	Ja/Nee
Zo ja, was de titer voldoende?	Ja/Nee
Heeft u tijdens bezoek aan het buitenland (werk/vakantie) wel eens seksueel contact met autochtonen gehad?	Ja/nee
Heeft u het afgelopen jaar een nieuwe seksuele partner gekregen?	Ja/Nee
Heeft u ooit anonieme seksuele contacten gehad?	Ja/Nee
Heeft u ooit seksueel contact gehad met een intraveneus drugsgebruiker? (voor mannen) Heeft u ooit seksueel contact gehad met een man? (voor vrouwen) Heeft u ooit seksueel contact gehad met een biseksuele of homoseksuele man?	Ja/Nee
Bent u het afgelopen jaar ontvanger geweest van anaal seksueel contact van een nieuwe partner?	Ja/Nee
Heeft u ooit seksueel contact gehad met iemand waarvoor u betaald heeft met geld?	Ja/Nee
Heeft u ooit seksueel contact gehad met iemand die achteraf besmet bleek te zijn met HIV/HTLV/Hepatitis/Lues?	Ja/nee
Zo ja, waarmee? (aan te vinken) HIV, Lues, Hepatitis, HTLV, Anders, nl:	
Heeft u ooit een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) gehad?	Ja/Nee
Zo ja, welke?	
Heeft u zelf ooit als prostituee gewerkt?	Ja/Nee
Komen erfelijke ziekten voor in de familie?	Ja/Nee
Zo ja, welke?	
Heeft u een regelmatig ontlastingspatroon?	Ja/Nee
Welk type ontlasting heeft u? (zie bijlage/onderaan formulier)	
Hoe vaak per dag heeft u gemiddeld ontlasting?	
Heeft u dagelijks last van bovenmatige flatulentie? (winderigheid)	Ja/Nee
Bent u wel eens behandeld voor een darminfectie?	Ja/Nee
Zo ja, hoe vaak is dit gemiddeld op een dag?	Ja/Nee
Bent u wel eens behandeld voor een darminfectie?	Ja/Nee
Zo ja, welke?	
Ja/Nee Wanneer was dit voor het laatst?	

Heeft u een chronische darmaandoening? (bijvoorbeeld M. Crohn/Colitis Ulcerosa/ Coeliakie) Ja/Nee

Zo ja, welke?

Drinkt u wel eens producten speciaal voor uw stoelgang? (activia/ yakult/actimel etc?) Ja/Nee

Zo ja, hoe vaak? ... keer per dag

Heeft u wel eens (vaker dan een keer per maand) last van moeizame stoelgang (obstipatie) zodat je lang moet persen om de ontlasting eruit te krijgen? Ja/Nee

Zo ja, hoe vaak is dit gemiddeld per maand?

Heeft u last van aambeien? Ja/Nee

Heeft u vaak darmkrampen? Ja/Nee

Neemt u wel eens medicatie om de stoelgang te vergemakkelijken/vertragen? Ja/Nee

Neemt u wel eens bepaald voedsel (pruimen/vezels) om de stoelgang te vergemakkelijken? Ja/Nee

Komen darmaandoeningen voor in uw familie? Ja/Nee

Zo ja, welke en bij wie?

Komt darmkanker of poliepen voor in uw familie? Ja/Nee

Zo ja, Poliep of darmkanker?

Bij wie?

Op welke leeftijd?

Heeft u de afgelopen drie maanden antibiotica gebruikt? Ja/Nee

Zo ja, kunt u zich nog herinneren welke antibioticum?

Wanneer en hoeveel dagen?

Heeft u het afgelopen jaar antibiotica gebruikt? Ja/Nee

Waarvoor?

Kunt u zich nog herinneren welk antibioticum? Wanneer en voor hoeveel dagen?

Heeft u wel eens rectaal bloedverlies gehad? Ja/Nee

Zo ja, is er aanvullend onderzoek verricht? Wat waren daarvan de resultaten?

Heeft u de afgelopen twee weken koorts gehad? Ja/Nee

Heeft u diarree gehad in de laatste 3 maanden Ja/Nee

Zo ja, wanneer begon dat en hoe lang hield dit aan?

Zijn er nog overige dingen die u nog kwijt wilt of wilt toelichten? Ja/Nee



Type 1



Type 2



Type 3



Type 4



Type 5



Type 6



Type 7