



Vragenlijst vooraf aan het consult jaarcontrole diabetes mellitus (suikerziekte)

Naam:.....

Geboortedatum:

Omcirkel het juiste antwoord

Heeft u ...

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Verschijnselen een te hoog suiker?
(dorst, droge tong, veel plassen, moe of slaperig zijn, veel jeuk) | Ja | Nee |
| 2. Verschijnselen van een te laag suiker?
(honger, zweten, trillen, duizelig zijn, hartkloppingen, gapen, in de war zijn, rusteloos voelen) | Ja | Nee |
| 3. Klachten van visus? Minder goed kunnen zien? | Ja | Nee |
| 4. Klachten van dove vingers of voeten? | Ja | Nee |
| 5. Klachten van seksuele stoornissen? | Ja | Nee |
| 6. Klachten van pijn op de borst? | Ja | Nee |
| 7. Pijn in de kuiten bij lopen (etalage benen)? | Ja | Nee |
| 8. Klachten van kortademigheid bij inspanning? | Ja | Nee |

Leefstijl

- | | | |
|----------------------|-----|---------------------|
| 9. Rookt u? | Ja | -> ga naar vraag 11 |
| | Nee | -> ga naar vraag 10 |
| 10. Heeft u gerookt? | Ja | Nee |

Wanneer bent u gestopt:

11. Hoe vaak drinkt u alcohol?



Eigen bloeddrukmetingen (gemiddelde)

Mocht u een eigen bloeddrukmeting of eigen glucosemeter hebben dan graag onderstaande invullen:

Gemiddelde bloeddruk meting:

Systolische bloeddruk

mmHg

Diastolische bloeddruk

mmHg

Hartritme:

slagen/ minuut

Thuismeting nuchtere suiker

mmol