

Glaucoom vragenlijst

1. Komt glaucoom in de familie voor? JA / NEE
 Zo JA, bij wie van uw familieleden _____

2. Heeft u suikerziekte? JA / NEE
 Zo JA, ☐ Alleen dieet
☐ Alleen tabletten, namelijk _____
☐ Insuline

3. Heeft u of wordt u behandeld voor:

Hoge bloeddruk	JA / NEE
Lage bloeddruk	JA / NEE
Longklachten	JA / NEE
Migraine	JA / NEE

4. Heeft u bijna altijd last van koude handen of voeten JA / NEE

5. Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad JA / NEE
 Zo ja, wanneer en waarvoor _____

6. Heeft u ooit veel bloed verloren?
 (bijvoorbeeld bij een ongeluk operatie of bevalling) JA / NEE

7. Bent u bloeddonor of bent u ooit bloeddonor geweest? JA / NEE

8. Rookt u? JA / NEE

9. Wat is of was uw beroep?

10. Speelt u een blaasinstrument? JA / NEE
 Doet u aan gewichtheffen? JA / NEE
 Doet u aan diepzeeduiken? JA / NEE
 Doet u aan yoga? JA / NEE

11. Heeft u slaapapneus / OSAS (zo zwaar snurken 's nachts dat u stopt met ademen en moe wakker wordt?) JA / NEE