



Uveïtis vragenlijst

Algemeen

Voelt u zich gezond? JA / NEE

Is u vader of moeder voor of tijdens de zwangerschap van u, ziek geweest? JA / NEE

In welk land bent u geboren?

Waar komen uw voorouders vandaan?

Hebben zich problemen voorgedaan tijdens de zwangerschap, de geboorte of juist na de geboorte? JA / NEE

Welke ziekten heeft u doorgemaakt?

Bent u ooit opgenomen geweest in een ziekenhuis? JA / NEE
Wanneer, en wat was de reden?

Bent u ooit geopereerd? JA / NEE
Zo ja, welke operaties?

Bent u onder behandeling van een specialist? JA / NEE
Zo ja, welk specialisme?

Naam specialist en ziekenhuis.

Gebruikt u medicijnen? JA / NEE
Zo ja, waarvoor?



Bent u allergisch van aard? JA / NEE
Zo ja, waarvoor?

Gebuikt u medicijnen? JA / NEE
Gebruikt u alcohol? JA / NEE
Gebruikt u drugs? JA / NEE
Gebruikt u sigaretten/sigaren? JA / NEE

Komen er in uw familie oogziektes voor? JA / NEE
Zo ja, welke?

Komen er in uw familie andere ziektes voor? JA / NEE
Zo ja, welke?

Bent u ooit in de tropen geweest? JA / NEE
Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad? JA / NEE
Heeft u huisdieren? JA / NEE
Zo ja, welke?

Hart en vaten

Bent u ooit bij een hartspecialist geweest? JA / NEE
Heeft u ooit hoge bloeddruk gehad? JA / NEE
Heeft u ooit iets aan uw hart gehad? JA / NEE
Heeft u ooit last van hartkloppingen gehad? JA / NEE
Heeft u dikke enkels 's avonds? JA / NEE
Kunt u goed plat liggen? JA / NEE

Longen/KNO

Heeft u ooit iets bijzonders aan uw longen gehad? JA / NEE
Heeft u ooit een röntgenfoto van de longen laten maken? JA / NEE
Zo ja, wanneer?

In welk ziekenhuis?

Bent u vaak verkouden? JA / NEE



Hoest u veel?	JA / NEE
Geeft u veel slijm op?	JA / NEE
Zat daar ooit bloed bij?	JA / NEE
Bent u kortademig?	JA / NEE
Alleen bij inspanning?	JA / NEE
Heeft u ooit TBC gehad of contact met iemand met TBC gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit een bijholteontsteking gehad?	JA / NEE

Maag en darmen

Heeft u ongewild gewicht verloren?	JA / NEE
Zo ja, hoeveel?	

In welke periode?

Heeft u last van maagklachten (zuurbranden)?	JA / NEE
Heeft u vaak diarree?	JA / NEE
Heeft u ooit gezien, dat u bloed bij de ontlasting had?	JA / NEE
Heeft u ooit een ontsteking van de lever (hepatitis) gehad?	JA / NEE

Urogentiaal

Heeft u ooit iets bijzonders met de nieren	JA / NEE
Heeft u ooit blaasontsteking gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit een geslachtziekte gehad?	JA / NEE
Zo ja, welke?	

Waaruit bestond de behandeling?

Alleen voor vrouwen

Heeft u een normale menstruatie?	JA / NEE
Bent u zwanger geweest?	JA / NEE
Zo ja, hoe vaak?	

Zonder complicaties verlopen?	JA / NEE
Bent u nu zwanger?	JA / NEE



Bewegingsapparaat

Heeft u ooit pijnlijke gewrichten gehad?	JA / NEE
Of dikke en gezwollen gewrichten?	JA / NEE
Heeft u geregeld last van rugpijn?	JA / NEE
Heeft u geregeld last van spierpijn?	JA / NEE

Huid

Heeft u ooit huiduitslag gehad?	JA / NEE
Zo ja, weet u nog wat dat was?	

Heeft u ooit paarse bobbels op de benen gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit gordelroos gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit een koorstlip gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit pijnlijke zweertjes in de mond gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit pijnlijke zweertjes op de geslachtsdelen of de anus gehad?	JA / NEE
Heeft u last van overmatig haaruitval?	JA / NEE
Heeft u last van witte vlekken op de huid, die niet meekleuren in de zon?	JA / NEE
Bent u ooit doot een teek gebeten?	JA / NEE
Zo ja, ontstond er een rode plek ter plaatse?	JA / NEE
Heeft u recent contact gehad met iemand, die een infectieziekte had? Bijvoorbeeld een kind met waterpokken?	JA / NEE
Heeft u last van nachtzweeten?	JA / NEE

Centraal zenuwstelsel

Heeft u vaak hoofdpijn?	JA / NEE
Heeft u ooit een periode van krachtverlies van armen en/of benen doorgemaakt?	JA / NEE
Heeft u ooit een periode van gevoels verandering van de huid meegemaakt?	JA / NEE
Heeft u het gevoel, dat u op watten loopt	JA / NEE
Heeft u last van oorsuizen?	JA / NEE
Kunt u goed uw evenwicht bewaren?	JA / NEE
Kunt u goed horen?	JA / NEE
Kunt u goed uw ledematen bewegen?	JA / NEE
Heeft u ooit een psychose gehad?	JA / NEE
Heeft u ooit hersen(vlies)ontsteking gehad?	JA / NEE