

## Gezondheidsvragenlijst Endoscopie

Naam:  
Geboortedatum:  
Patiëntnummer:  
Email adres:  
Mobiel telefoon:

**Wachttijden:** Uw wachttijd is afhankelijk van de indicatie voor het endoscopisch onderzoek. Sommige onderzoeken geschieden met spoed op dezelfde dag of met voorrang binnen een paar dagen of enkele weken. De afdeling endoscopie heeft hiervoor een beoordelingssysteem waarin nieuwe aanvragen dagelijks worden beoordeeld.

De volgende wachttijden gelden per februari 2016:

Een reguliere gastroscopie: 2 tot 3 maanden, een reguliere colonscopie: 2 tot 3 maanden, en endosonografie: 1-2 weken, een ERCP: 1-2 weken.

Op onze website is nader uitgelegd hoe wij, ondanks deze wachttijd toch een adequate medisch zorg garanderen. Uw behandeld arts kan u hier nader over informeren.

<https://www.amc.nl/web/ik-heb-een-afspraak-1/wachttijden.htm>

Met uw handtekening hieronder geeft u aan dat u bent geïnformeerd over de wachttijden van onze afdeling. Zonder uw handtekening kunnen wij uw onderzoek niet plannen.

**Sedatie tijdens de procedure:** Met uw handtekening hieronder geeft u aan dat u de sedatiefolder heeft gelezen en begrepen en dat u toestemming geeft voor sedatie. Zonder uw toestemming kunnen wij uw onderzoek niet plannen.

*Lichte sedatie*

<https://www.amc.nl/web/ik-heb-een-afspraak-1/overzicht/patientenfolders-2/folder/lichte-sedatie-tijdens-de-endoscopische-behandeling.htm>

*Diepe sedatie*

<https://www.amc.nl/web/ik-heb-een-afspraak-1/overzicht/patientenfolders-2/folder/sedatie-met-propofol-bij-onderzoek-of-behandeling.htm>

Bovenstaande folders lezen op uw tablet of telefoon? Op pagina 2 van deze lijst treft u de betreffende QR codes.

### Opvragen medische informatie

Soms is het noodzakelijk om informatie over uw gezondheid op te vragen bij de specialisten van een ander ziekenhuis waar u onder behandeling bent. Ook hiervoor is uw toestemming noodzakelijk.

- Ik ben geïnformeerd over de wachttijd voor mijn endoscopisch onderzoek.
- Ik ben geïnformeerd en geef toestemming voor sedatie.
- Ik geef toestemming om informatie over mijn gezondheid op te vragen.

Handtekening:.....

Datum:.....

## QR codes afdeling Endoscopie

- Wachttijden Endoscopie



- Lichte sedatie



- Diepe sedatie (propofol)



Staat uw patiëntenfolder er niet tussen dan zijn onze folders ook te vinden op:



Naam: Geboortedatum: Patiëntnummer:
---

	Ja	Nee	Opmerkingen
Bent/was u onder controle bij een andere specialist?			
<i>Cardioloog</i>			Ivm: Welk ziekenhuis: Laatste bezoek:
<i>Internist</i>			Ivm: Welk ziekenhuis: Laatste bezoek:
<i>Neuroloog</i>			Ivm: Welk ziekenhuis: Laatste bezoek:
<i>Longarts</i>			Ivm: Welk ziekenhuis: Laatste bezoek:
Wat is uw lengte? ..... en uw gewicht?.....			
Bent u eerder geopereerd?			Ivm:
Waren er ooit problemen rond de narcose/sedatie? • <i>Zo ja, welke?</i>			
Heeft u last van wagenziekte?			
Bent u allergisch/overgevoelig voor stoffen? • <i>Zo ja, welke?</i>			
Rookt u? • <i>Zo ja, hoeveel per dag?</i>			
Heeft u in het verleden gerookt? • <i>Zo ja, hoelang geleden?</i>			
Gebruikt u met regelmaat alcohol? • <i>Hoeveel eenheden per week?</i>			
Gebruikt u drugs? • <i>Zo ja, welke?</i>			
Gebruikt u medicijnen? <b>Zo ja, voeg een recent medicatieoverzicht van de apotheek toe!</b>			
<b><u>Medicatie:</u></b>			

Naam: Geboortedatum: Patiëntnummer:
---

	Ja	Nee	Opmerkingen
Is het een probleem om de mond volledig te openen?			
Heeft u problemen met het bewegen van uw nek en/of hoofd?			
Heeft u een heupprothese? • <i>Zo ja, links of rechts?</i>			
Heeft u gewrichtspijn en/of reuma?			
Heeft u regelmatig last van zuurbranden?			
Heeft u geelzucht en/of een leverziekte (gehad)?			
Heeft u een nierziekte (gehad)?			
<b>Longen:</b>			
Heeft u problemen met de longen en/of ademhaling? • <i>Zo ja, welke problemen?</i>			
Moet u vaak hoesten? Bent u een chronische hoester?			
Is er bij u astma/chronische bronchitis/emfyseem of COPD geconstateerd? • <i>Zo ja, welke van bovenstaande aandoening(en)?</i>			
Wordt u kortademig als u zich inspant? • <i>Zo ja, is dit bij heel weinig of veel inspanning?</i>			
Snurkt u overmatig?			
Is bij u het slaap-apneu syndroom (OSAS) geconstateerd? <b>Zo ja, graag CPAP meenemen!!</b>			
<b>Cardiologie</b>			
Heeft u wel eens pijn, een drukkend gevoel op de borst? • <i>Zo ja, straalt deze pijn dan uit naar uw arm en/of kaak?</i>			
Heeft u wel eens last van hartkloppingen of een onregelmatige hartslag?			
Is er bij u in het laatste jaar een ECG (hartfilmpje) gemaakt?			Reden: Welk ziekenhuis:
Wordt u kortademig als u plat op bed gaat liggen?			
Heeft u een ICD (inwendige defibrillator) of een Pacemaker?			
Heeft u een hoge bloeddruk?			

Naam:  
 Geboortedatum:  
 Patiëntnummer:

	Ja	Nee	Opmerkingen
Heeft u ooit een verlamming gehad?			
Heeft u ooit een hersenbloeding of beroerte gehad? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zo ja, wanneer?</li> <li>• Zijn er restverschijnselen?</li> </ul>			
Heeft u ooit een wegraking of toeval (epilepsie) gehad?			
Heeft u een ziekte van het zenuwstelsel of de spieren? Zoals bv Parkinson of spierdystrofie?			
Heeft u suikerziekte (diabetes)?			
Bent u onder behandeling voor uw schildklier?			
Heeft u glaucoom (verhoogde oogdruk)?			
Heeft u een bril en/of contactlezen?			
Heeft u een gebitsprothese <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zo ja, boven en/of onder?</li> </ul>			
Heeft u kronen, stifttanden of loszittende tanden?			
Heeft u een gehoorapparaat?			
Heeft u snel blauwe plekken, bloedneuzen of bloeden wondjes lang na?			
Heeft u ooit trombose gehad?			
Komen in uw familie bloedstollingsproblemen voor?			
Bent u drager van een besmettelijke ziekte? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zo ja, welke?</li> </ul>			
Bent u bang voor de operatie/behandeling en/of sedatie/anesthesie			
<b>Alleen voor vrouwen:</b>			
Bent u in verwachting of zou u in verwachting kunnen zijn?			

**Vergeet u niet de volgende pagina ook in te vullen??**

Naam:  
Geboortedatum:  
Patiëntnummer:

**Hieronder volgt een lijst met ACTIVITEITEN. Wilt u aangeven wat u regelmatig (dagelijks, wekelijks) en daadwerkelijk aan inspanning verricht? Graag uw antwoord (j/n) aankruisen.**

	Ja	Nee
<b>Activiteiten:</b>		
1. Kunt u zelfstandig eten?		
2. Kunt u zich zelfstandig aankleden en naar het toilet?		
3. Kunt u rustig lopen op een vlakke ondergrond?		
4. Kunt u lichte huishoudelijke activiteiten uitvoeren? Zoals: afwassen, het bed opmaken?		
5. Kunt u één trap op of licht heuvelopwaarts wandelen?		
6. Kunt u zwaardere huishoudelijke activiteiten aan? Zoals: ramen lappen en badkamer schoonmaken		
7. Voert u lichte vrijetijdsbezigheden uit? Zoals: fietsen en/of wandelen		
8. Doet u aan fitness en/of zwemmen?		
9. Neemt u wekelijks actief deel aan een sport met aanzienlijke lichamelijke belasting? (bijv.: Tennis/voetbal/roeien etc.)? <i>Welke sport en hoeveel minuten?</i>		
<b>Waardoor wordt u eventueel belemmerd?</b>		
• Vermoeidheid		
• Slechte conditie		
• Gewrichtsklachten, spierpijn, fysieke beperkingen		
• Door problemen van uw hart, pijn op de borst		
• Door problemen van de longen, benauwdheid		
• Een neurologische aandoening		
• Andere oorzaken Namelijk:		

**Deze vragenlijst dient u op te sturen naar:**

Amsterdam UMC

Locatie AMC Endoscopie C2-222

Antwoordnummer 191

1100 WC Amsterdam