

## Vragenlijst als voorbereiding voor een medicatiebeoordeling door apotheker

Deze vragenlijst is bedoeld als voorbereiding op een gesprek over uw medicatie. In dit gesprek wordt er gekeken door uw apotheker en huisartsenpraktijk naar de medicijnen die u gebruikt.

### 1. Vult u de vragenlijst zelf in of krijgt u hierbij hulp?

- Ik vul de vragenlijst zelf in
- Ik vul de vragenlijst zelf in, maar met hulp van partner, familielid of vriend
- Ik vul de vragenlijst zelf in, maar met hulp van praktijkondersteuner
- Ik vul de vragenlijst zelf in, maar met hulp van iemand anders, namelijk
- 

## Algemene vragen

### 2. Gebruikt u middelen die u zonder recept bij de drogist kunt krijgen? bijvoorbeeld pijnstillers, vitamines of homeopathische geneesmiddelen

- Ja
- Nee

### 3. Indien ja, welke zelfzorgmiddelen gebruikt u?

### 4. Zijn er medicijnen die u niet goed kunt verdragen?

- Ja
- Nee

### 5. Bent u onder behandeling bij één of meerdere specialisten in het ziekenhuis?

- Ja
- Nee

### 6. Indien ja, bij welke specialist(en) bent u voor welke klachten in behandeling?

## Uw ervaring met medicijnen

### 7. Heeft u last van bijwerkingen van uw medicijnen?

- Ja
- Nee

### 8. Ervaart u problemen bij de inname van uw medicijnen? (bijvoorbeeld geen overzicht, moeite met medicijnen uit de verpakking halen)

- Ja
- Nee

### 9. Neemt u uw medicijnen zoals op het etiket staat?

- Ja
- Nee

### 10. Vergeet u wel eens medicijnen?

- Nooit  
 Heel af en toe  
 Regelmatig

## Lichamelijke klachten

11. De volgende vragen gaan over uw lichamelijke klachten.

	Ja	Nee	Weet ik niet
Bent u wel eens duizelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens een licht gevoel in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u wel eens gevallen de afgelopen 6 maanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van vermoeidheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u moeite met in slaap vallen of doorslapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u wel eens somber of angstig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u pijnklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van kortademigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van dikke enkels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u problemen met plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u problemen met ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Hoe hevig was uw pijn gemiddeld de afgelopen week?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Niet van toepassing	Ergste pijn voorstelbaar
Helemaal geen pijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13. Welke klachten heeft u bij plassen?

- Urineverlies  
 Vaak terugkerende blaasontsteking  
 Vaak moeten plassen  
 Moeilijk op gang brengen van de plas  
 Met onderbroken of slappe straal plassen  
 Nadruppelen  
 Moeite met leeg plassen  
 Veel moeten persen tijdens plassen  
 Geen van deze klachten

14. Welke klachten heeft u bij ontlasting?

- Incontinentie (niet op kunnen houden)  
 Obstipatie (niet kunnen poepen)  
 Bloed bij ontlasting  
 Diarree  
 Wormpjes om de ontlasting  
 Geen van deze klachten

## Uw leefstijl

15. Rookt u ?

- Ja  
 Nee

16. Hoe vaak drinkt u alcohol?

- Nooit  
 Maandelijks  
 Wekelijks  
 Dagelijks of bijna dagelijks

17. Hoeveel dagen per week beweegt u minstens 30 minuten matig en/of zwaar intensief?

Het gaat om inspanning waar u zwaarder van gaat ademen zoals fietsen, stevig wandelen en tuinieren.

- Minder dan 1 dag
- 1 dag
- 2 dagen
- 3 dagen
- 4 dagen
- 5 dagen
- 6 dagen
- 7 dagen

18. Hoeveel melk of melkproducten neemt u per dag?  
(melkproducten zijn kaas, yoghurt, kwark, chocolademelk)

## Uw eigen vragen

Dank voor het invullen van deze vragenlijst, hierna zal er een medicatiebeoordeling plaats vinden door uw apotheker en huisarts. De uitkomsten hiervan zullen daarna met u besproken worden.

19. Heeft u zelf nog andere vragen over uw medicijnen?