Anamnese-formulier — second opinion radiologie

Dit formulier helpt de radioloog om Uw beelden in de juiste klinische context te beoordelen. Vul in wat U weet (digitaal in dit document). Weet U iets niet, zet dan “weet ik niet” of “n.v.t.”. U hoeft niet alle optionele blokken in te vullen; alleen wat bij Uw onderzoek past. U mag regels toevoegen, schrappen of de tekst aanpassen.

Persoonsgegevens

Naam:
Geboortedatum:
Telefoon:
E-mail:
Lengte (cm):
Gewicht (kg):
Behandelend arts / specialisme:

Wat wilt U weten van deze herbeoordeling?

Wat is de vraag die U beantwoord wilt hebben?

Wat stond er in het oorspronkelijke verslag, en waar twijfelt U (of Uw arts) aan?

Heeft U het originele verslag?

Heeft U de beelden (CD, DVD of link)?

Toelichting:

Onderzoek(en) waar het om gaat

Welk onderzoek? (bijv. MRI LWK, CT thorax, mammografie)

Datum onderzoek:

Ziekenhuisinstelling:

Waarom werd het destijds aangevraagd?

Zijn er eerdere vergelijkbare onderzoeken?

Zo ja, datum(s) en waar gemaakt

Klachten (ten tijde van of relevant voor dit onderzoek)

Wat is de aard van Uw klacht? Waar heeft U last van en in welke mate (desgewenst een cijfer 0–10)?

Waar zitten de klachten? Is er uitstralende pijn?

Wanneer zijn de klachten begonnen?

Ontstaan (plotseling / geleidelijk)?

Beloop (erger / gelijk / wisselend / in aanvallen / verbeterd)?

Continu of in aanvallen?

Nachtpijn of pijn in rust?

Wat verergert of vermindert de klachten (houding, belasting, rust, beweging, medicatie)?

Wat heeft U al geprobeerd (fysiotherapie, injectie, medicatie, operatie) en met welk resultaat?

Wat is Uw eigen idee over het ontstaan van de klachten?

Effect op dagelijks leven, werk of sport?

Neurologische klachten (indien van toepassing)

Krachtverlies?

Doofheid / tintelingen?

Loopstoornis?

Problemen met plassen of ontlasting / zadelanesthesie?

Toelichting:

Voorgeschiedenis

Welke ziektes heeft U doorgemaakt of heeft U nog?

Ziekenhuisopnames en/of operaties (wanneer, waarvoor, welk ziekenhuis)?

Ongeval of trauma in het onderzoeksgebied?

Implantaten / metaal / pacemaker / neurostimulator / gewrichtsprothese / clips?

Oncologie en behandeling (Alleen invullen indien van toepassing; anders n.v.t.)

☐ n.v.t. — geen oncologische voorgeschiedenis

Welke tumor / diagnose:

Jaar van diagnose:

Stadium (indien bekend):

Behandelingen (kruis aan) en laatste datum

☐ Operaties (datum / wat):

☐ Radiotherapie (datum / gebied):

☐ Chemotherapie (laatste kuur):

☐ Immunotherapie (laatste gift):

☐ Hormoontherapie — toelichting:

Bekende uitzaaiingen of eerdere verdachte afwijkingen op scans

Familie

Komen bepaalde ziektes in Uw familie voor? (kanker, erfelijke syndromen, aneurysma, trombose, reuma)

Algemene klachten en alarmsymptomen

Heeft U last van één of meer van de volgende symptomen?

- ☐ Voelt U zich ziek?
- ☐ Moeheid?
- ☐ Gewichtsverandering (hoeveel / in welke periode)?
- ☐ Eetlustverandering?
- ☐ Koorts?
- ☐ Nachtelijk overmatig zweten?
- ☐ Jeuk? Gele verkleuring oogwit of huid?
- ☐ Veranderd ontlastingspatroon?
- ☐ Bloed bij ontlasting of urine?
- ☐ Aanhoudende hoest, bloed ophoesten of toenemende kortademigheid?
- ☐ Andere klachten dan hierboven?

Roken, alcohol, medicatie, allergieën

Rookt U of heeft U gerookt? (vanaf wanneer / gestopt / jaren / aantal per dag)

Alcohol (ongeveer … glazen per week)

Drugs (alleen indien relevant voor het onderzoek):

Medicatie (naam + dosering):

Allergieën:

Werk, sport en overig

Beroep / dagelijkse belasting:

Sport of hobby met veel belasting:

Overige informatie die volgens U van belang is:

Optionele blokken: (Vul alleen het blok in dat bij Uw onderzoek past. Niet van toepassing? Laat leeg of verwijder het.)

A. Wervelkolom / zenuwen / hersenen

Eerdere hernia-operatie of injectie/infiltratie?

Krachtverlies? (Waar?)

Uitstraling volgens een bepaald patroon? (bijv. naar duim, kuit, voet)

Hoofdpijn, uitval, insulten, visusklachten?

B. Borstonderzoek (mammografie / MRI mamma)

Voelbare afwijking? Zo ja, waar?

Tepelklacht (vocht, intrekking, eczeem)?

Laatste bevolkingsonderzoek / screening?

Eerdere biopten of operaties aan de borst? Zo ja, waar?

Hormoongebruik (HRT, anticonceptie)?

Familie of eigen voorgeschiedenis borst-/eierstokkanker, BRCA indien bekend

C. Longen / borstkas

Pack-years roken (jaren × pakjes/dag)?

Asbest of andere beroepsblootstelling?

Hoest / slijm / bloed ophoesten / koorts / kortademigheid?

Verminderde afweer of recente infectie?

D. Buik / lever / darmen

Geelzucht (gele verkleuring van het oogwit) of jeuk?

Bekende leverziekte, hepatitis of veel alcoholgebruik in het verleden?

Inflammatoire darmziekte (ziekte van Crohn / colitis)?

Eerdere buikoperaties?

Bekende tumormarkers (bijv. CEA, CA19-9, AFP, PSA) indien recent bepaald?

E. Botten, gewrichten, spieren

Acuut letsel of geleidelijk overbelast (ongeval / overbelasting / onduidelijk)?

Instabiliteit of het gevoel dat het gewricht “door” gaat?

Eerdere röntgenfoto’s of echo’s van dezelfde regio (datum)?

F. Controlescan bij bekende kanker

Datum en soort laatste behandeling:

Datum vorige vergelijkingsscan:

Afwijkingen die volgens U of Uw oncoloog gevolgd moeten worden:

Toestemming en afronding

Ik begrijp dat een second opinion een zelfstandige beoordeling is van de aangeleverde beelden en gegevens. De conclusie kan afwijken van het oorspronkelijke verslag. Ontbrekende oude onderzoeken of onvolledige gegevens kunnen de zekerheid van de beoordeling beperken.

☐ Ik geef toestemming om deze gegevens te gebruiken voor de second opinion.

☐ De second opinion mag (indien nodig) worden teruggekoppeld aan mijn behandelend arts.

Plaats:

Datum:

Naam / handtekening