

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Omcirkel bij de met * aangeduide gegevens het antwoord dat het meest van toepassing is. Uw informatie wordt vertrouwelijk behandeld.

Naam: _____

Geboortedatum: _____

- | | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| 1. Is de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? | ja / nee* | Zo ja, wat? | |
| 2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | ja / nee* | Zo ja, waarvoor? | |
| 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen in een ziekenhuis? | ja / nee* | Zo ja, waarvoor? | |
| 4. Hebt u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? | ja / nee* | Zo ja, welke ziekte(n)? | |
| 5. Bent u ergens allergisch voor? | ja / nee* | Zo ja, waarvoor? | |
| 6. Hebt u een hartinfarct gehad? | ja / nee* | Zo ja, wanneer? | |
| 7. Hebt u last van hartkloppingen? | ja / nee* | | |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | ja / nee* | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: Bovendruk: | |
| 9. Hebt u pijn op de borst bij inspanning of emoties? | ja / nee* | | |
| 10. Hebt u last van gezwollen enkels/voeten? | ja / nee* | | |
| 11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | ja / nee* | | |
| 12. Bent u bij inspanning snel kortademig? | ja / nee* | | |
| 13. Hebt u een hartklepgebrek of kunsthartklep? | ja / nee* | | |
| 14. Hebt u een aangeboren hartafwijking? | ja / nee* | | |
| 15. Hebt u een pacemaker (of ICD)? | ja / nee* | | |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | ja / nee* | | |
| 17. Viel u ooit flauw bij een tandheelkundige of medische behandeling? | ja / nee* | | |
| 18. Hebt u last van hyperventileren? | ja / nee* | | |
| 19. Hebt u epilepsie (vallende ziekte)? | ja / nee* | | |
| 20. Hebt u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? | ja / nee* | | |
| 21. Hebt u longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | ja / nee* | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? | ja / nee* |
| 22. Hebt u suikerziekte? | ja / nee* | Zo ja, gebruikt u insuline? | ja / nee* |
| 23. Hebt u bloedarmoede? | ja / nee* | | |

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Omcirkel bij de met * aangeduide gegevens het antwoord dat het meest van toepassing is. Uw informatie wordt vertrouwelijk behandeld.

- | | | |
|---|-----------|---|
| 24. Hebt u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen, een operatie of een verwonding? | ja / nee* | |
| 25. Hebt u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | ja / nee* | |
| 26. Hebt u een nierziekte? | ja / nee* | |
| 27. Hebt u chronische maagdarmklachten? | ja / nee* | |
| 28. Hebt u een aandoening van de schildklier? | ja / nee* | |
| 29. Hebt u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | ja / nee* | |
| 30. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte? | ja / nee* | Zo ja, welke? |
| 31. Hebt u last van neerslachtigheid, depressiviteit? | ja / nee* | |
| 32. Hebt u afgelopen jaren een psycholoog/psychiater bezocht? | ja / nee* | |
| 33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | ja / nee* | |
| 34. Rookt u? | ja / nee* | Zo ja, hoeveel per dag? |
| 35. Gebruikt u alcohol? | ja / nee* | Zo ja, hoeveel glazen per week? |
| 36. Gebruikt u drugs of hebt u dit gedaan? | ja / nee* | Zo ja, welke? |
| 37. Bent u zwanger (vraag alleen voor vrouwen)? | ja / nee* | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? |
| 38. Hebt u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is? | ja / nee* | Zo ja, welke? |
| 39. Gebruikt u momenteel medicijnen? | ja / nee* | Zo ja, welke?
(tevens medicatieoverzicht opvragen bij uw apotheek) |
| 40. Ik heb de informatie uit de folder 'verdoven' gelezen en geef toestemming voor het toedienen van lokale verdovingen indien pijnstilling noodzakelijk is. Dit geldt ook voor mijn minderjarige kinderen. | ja / nee* | |

Opmerkingen: _____

Plaats, datum: _____ Handtekening: _____