

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Geef bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee).

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

1.	Is er 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 geweest in een ziekenhuis?	Ja / Nee	Zo ja, waarvoor?
4.	Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?	Ja / Nee	Zo ja, welke ziekte?
5.	Bent u ergens allergisch voor?	Ja / Nee	Zo ja, waarvoor?
6.	Heeft u een hartinfarct gehad?	Ja / Nee	Zo ja, wanneer ?
7.	Heeft 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.	Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/ of emoties?	Ja / Nee	
10.	Heeft 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.	Heeft u een hartklepgebrek, kunsthartklep of een kunstgewricht?	Ja / Nee	
14.	Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Ja / Nee	
15.	Heeft u een pacemaker (of ICD)?	Ja / Nee	
16.	Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	Ja / Nee	

17.	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja / Nee	
18.	Heeft u last van hyperventileren?	Ja / Nee	
19.	Heeft u last van epilepsie?	Ja / Nee	
20.	Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	Ja / Nee	
21	Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Ja / Nee	Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja/ Nee
22	Heeft u suikerziekte ? (diabetes)	Ja / Nee	Zo ja, gebruikt u insuline ? Ja / Nee
23	Heeft u bloedarmoede?	Ja / Nee	
24	Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bifosfonaat of denosumab) ?	Ja / Nee	
25	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/ kiezen of na operatie of verwonding?	Ja / Nee	
26	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte gehad?	Ja / Nee	
27	Heeft u een nierziekte?	Ja / Nee	
28	Heeft u chronische maag-darmklachten?	Ja / Nee	
29	Heeft u een aandoening van de schildklier?	Ja / Nee	
30	Heeft u reuma en/ of chronische gewrichtsklachten?	Ja / Nee	
31	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja / Nee	Zo ja, welke?
32	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/ of hals?	Ja / Nee	

33	Rookt u?	Ja / Nee	Zo ja, hoeveel per dag?
34	Gebruikt u alcohol?	Ja / Nee	Zo ja, hoeveel glazen per week?
35	Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	Ja / Nee	Zo ja, welke?
36	Vrouwen: bent u zwanger?	Ja / Nee	Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?
37	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	Ja / Nee	Zo ja, welke?
38	Gebruikt u momenteel medicijnen?	Ja / Nee	Zo ja, welke en welke hoeveelheid?
39	Wanneer er twijfel is of uw gezondheid of uw medicatie een probleem zou kunnen zijn voor uw behandeling, bent u dan akkoord dat we daarover navraag doen bij huisarts of apotheek ?	Ja / Nee	Huisarts: Apotheek:

Naam :
Geboortedatum :
Adres :
Postcode en plaats :

Handtekening:

* Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:
(indien van toepassing)

** voor kinderen tot 16 jaar geldt dat de wettelijk vertegenwoordiger (mede) dient te ondertekenen*