

Gezondheidsvragenlijst Tandart, Violenstraat 19, 5443 BG Haps

Uw naam:

Geb. datum:

M / V

Adres:

Postcode:

Plaats:

Er zijn aandoeningen en ziekten die invloed kunnen hebben op uw mondgezondheid. Ook het gebruik van medicijnen kan van invloed zijn. Soms kan daardoor een wijziging in de behandeling nodig zijn, of moeten er speciale voorzorgen genomen worden, zodat de behandeling veilig plaats kan vinden. Om te zien of er voorzorgsmaatregelen nodig zijn, dient de onderstaande vragenlijst. Uw gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch geheim. Omdat gezondheid iets is waarin steeds veranderingen kunnen optreden vragen wij om steeds aan ons te melden als er veranderingen in uw gezondheidssituatie zijn opgetreden.

Wilt u svp steeds het antwoord omcirkelen dat het meest van toepassing is. De achterkant van het formulier kunt u gebruiken om een eventuele toelichting te geven.

1.	Voelt u zich goed gezond ?	Nee	Ja	Waarom niet ?
2.	Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?	Nee	Ja	Waarvoor?
3.	Bent u ergens allergisch voor ?	Nee	Ja	Voor wat?
4.	Heeft u hartproblemen (gehad)?	Nee	Ja	
5.	Heeft u last van hartkloppingen?	Nee	Ja	
6.	Heeft u hoge bloeddruk?	Nee	Ja	Wat is uw bloeddruk?
7.	Hebt u pijn op de borst bij inspanning?	Nee	Ja	
8.	Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	Nee	Ja	
9.	Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee	Ja	
10.	Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?	Nee	Ja	
11.	Hebt u een hartklepgebrek of een kunst hartklep?	Nee	Ja	
12.	Bent u wel eens flauwgevallen bij een medische of tandheelkundige behandeling?	Nee	Ja	
13.	Heeft u vallende ziekte (epilepsie)?	Nee	Ja	
14.	Hebt u ooit een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad?	Nee	Ja	
15.	Hebt u longklachten (Astma, COPD, bronchitis, etc)?	Nee	Ja	
16.	Hebt u suikerziekte (diabetes)?	Nee	Ja	Gebruikt u insuline?
17.	Hebt u bloedarmoede?	Nee	Ja	
18.	Heeft u wel eens last van lang nabloeden na het trekken van een tand of kies?	Nee	Ja	
19.	Hebt u een leverziekte (hepatitis, geelzucht, etc)?	Nee	Ja	
20.	Heeft u een nierziekte?	Nee	Ja	
21.	Hebt u reuma en/of chronische gewrichtsklachten	Nee	Ja	
22.	Hebt u een kunstgewricht?	Nee	Ja	
23.	Bent u ooit bestraald in hoofd of hals ?	Nee	Ja	
24.	Rookt u of gebruikt u alcohol ?	Nee	Ja	Hoeveel?
25.	Bent u zwanger of geeft u borstvoeding?	Nee	Ja	
26.	Gebruikt u medicijnen?	Nee	Ja	
27.	Heeft u nog opmerkingen of iets waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja	

Datum:

Handtekening: