



GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Naam:.....

Geboortedatum: __ / __ / ____

Emailadres:.....

Uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn. Wilt u daarom zo vriendelijk zijn de vragen op dit formulier te beantwoorden?

Indien uw antwoord op de vetgedrukte vraag 'NEE' is, dan kunt u direct doorgaan naar de volgende vetgedrukte vraag.

| | JA | NEE |
|---|----------|----------|
| Heeft u pijn/een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | 0 | 0 |
| Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? | 0 | 0 |
| Nemen de klachten de laatste tijd toe? | 0 | 0 |
| Heeft u ook klachten in rust? | 0 | 0 |
| Heeft u een hartinfarct gehad? | 0 | 0 |
| Ondervindt u nog steeds klachten? | 0 | 0 |
| Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? | 0 | 0 |
| Heeft u hartgeruis, een hartklepgebrek of een kunstharsklep? | 0 | 0 |
| Heeft u een bypass-operatie ondergaan? | 0 | 0 |
| Heeft u een pacemaker of stents? | 0 | 0 |
| Heeft u minder dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? | 0 | 0 |
| Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? | 0 | 0 |
| Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? | 0 | 0 |
| Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? | 0 | 0 |
| Heeft u problemen met platliggen? | 0 | 0 |
| Heeft u meer dan 2 hoofdkussens nodig omwille van kortademigheid? | 0 | 0 |
| Bent u 's nachts kortademig bij platliggen? | 0 | 0 |
| Heeft u een hoge bloeddruk? | 0 | 0 |
| Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? | 0 | 0 |
| Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? | 0 | 0 |
| Krijgt u zonder enige oorzaak blauwe plekken? | 0 | 0 |
| Lijdt u aan epilepsie? | 0 | 0 |
| Wordt u toestand slechter? | 0 | 0 |
| Heeft u nog steeds aanvallen? | 0 | 0 |
| Heeft u astma? | 0 | 0 |
| Gebruikt u verstuivers? | 0 | 0 |
| Is uw ademhaling moeilijk momenteel? | 0 | 0 |

| | | |
|--|----------|----------|
| Heeft u problemen met de longen? | 0 | 0 |
| Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? | 0 | 0 |
| Bent u kortademig bij het aankleden? | 0 | 0 |
| Heeft u suikerziekte? | 0 | 0 |
| Gebruikt u insuline? | 0 | 0 |
| Bent u momenteel ontregeld? | 0 | 0 |
| Heeft u schildklierproblemen? | 0 | 0 |
| Is uw schildklier te productief? | 0 | 0 |
| Heeft u een leverziekte? | 0 | 0 |
| Langer dan 6 maanden? | 0 | 0 |
| Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? | 0 | 0 |
| Heeft u een nierziekte? | 0 | 0 |
| Heeft u nierfunctie-vervangende behandeling (dialyse)? | 0 | 0 |
| Heeft u een niertransplantatie ondergaan? | 0 | 0 |
| Heeft u ooit een kwaadaardig gezwel of leukemie gehad? | 0 | 0 |
| Kreeg u hiervoor medicatie of beenmergtransplantatie? | 0 | 0 |
| Werd u ooit bestraald in hoofd, nek of hals? | 0 | 0 |
| Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | 0 | 0 |
| 0 Hepatitis A, 0 hepatitis B, 0 Hepatitis C, 0 Hepatitis D, 0 HIV, 0 TBC Anders, namelijk:..... | | |
| Heeft u allergieën? | 0 | 0 |
| Bent u allergisch voor latex? | 0 | 0 |
| Bent u allergisch voor antibiotica? | 0 | 0 |
| Anders, namelijk:..... | | |
| Werd bij u gedurende de laatste 3 maanden een prothese (knie, heup, ...) geplaatst? | 0 | 0 |
| Moet u antibiotica nemen voor een tandheelkunde behandeling? | 0 | 0 |
| Heeft u een ziekte waar hierboven niet naar gevraagd werd? | 0 | 0 |
| Zo ja, welke?..... | | |
| Bent u zwanger? | 0 | 0 |
| Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?/dag | 0 | 0 |

| Gebruikt u op dit moment medicijnen? | | | 0 | 0 |
|---|---------------|----------------------|----------|----------|
| Soort medicijn | Naam medicijn | Hoeveelheden per dag | | |
| Voor uw hart? | | | | |
| Bloedverdunners? | | | | |
| Tegen hoge bloeddruk? | | | | |
| Tegen osteoporose | | | | |
| Voor suikerziekte? | | | | |
| Kalmerende middelen, slaapmiddelen, antidepressiva? | | | | |
| Andere? | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Hieronder kunt u nog andere zaken vermelden die mogelijk van belang zijn:

.....

Datum: __/__/____

Handtekening:.....