



Gezondheidsvragenlijst

Naam m v
Voorletters
Voornaam
Geboortedatum
Straat
Postcode en plaats
telefoon-mobiel
e-mail

Huistandarts
Huisarts
Specialist (eventueel)

ALGEMENE VRAGEN

Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige behandeling? ja nee

Zo ja: Wat was de aard van de complicaties?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bij welke tandarts?

Hebt u ooit problemen gehad bij gebruik van medicijnen? ja nee

Zo ja: Wat was de aard van de problemen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bij welke medicijnen?

OVERIGE VRAGEN

Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? ja nee
Zo ja: Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? ja nee
Nemen de klachten de laatste tijd toe? ja nee
Hebt u ook klachten in rust? ja nee
Hebt u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? ja nee

Hebt u een hartinfarct gehad? ja nee
Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? ja nee
Ondervindt u nog steeds klachten? ja nee
Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct? ja nee

Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? ja nee
Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep? ja nee
Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? ja nee
Zo ja bij één van deze drie vragen:
Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? ja nee
Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? ja nee

Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? ja nee
Zo ja: Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? ja nee
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? ja nee

Hebt u last van hartzwakte? ja nee
Zo ja: Hebt u 's avonds gezwollen voeten? ja nee
Moet u 's nachts meer dan 2x urineren? ja nee
Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? ja nee
Wordt u 's nachts kortademig wakker? ja nee

Hebt u last van hyperventileren? ja nee

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? ja nee

Hebt u een hoge bloeddruk? ja nee
Zo ja: Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200? ja nee
Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115? ja nee
Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? ja nee
Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? ja nee



Hebt u verlammingen (beroertes of attaque) of spraakstoornissen gehad?

ja nee

Zo ja: Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?

ja nee

Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?

ja nee

Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?

ja nee

Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicijnen?

ja nee

Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen?

ja nee

Hebt u astma?

ja nee

Zo ja: Hebt u daar nu last van?

ja nee

Hebt u slechte longen?

ja nee

Zo ja: Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?

ja nee

Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?

ja nee

Bent u kortademig bij het aankleden?

ja nee

Hebt u hooikoorts?

ja nee

Hebt u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?

ja nee

Zo ja: Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?

ja nee

Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?

ja nee

Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?

ja nee

Waarvoor bent u allergisch?

Hebt u suikerziekte?

ja nee

Zo ja: Gebruikt u insuline?

ja nee

Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?

ja nee

Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?

ja nee

Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?

ja nee

Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?

ja nee

Hebt u ondanks de behandeling klachten?

ja nee

Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?

ja nee

Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?

ja nee

Hebt u ondanks de behandeling klachten?

ja nee

Hebt u een leverziekte?

ja nee

Zo ja: Langer dan 6 maanden?

ja nee

Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?

ja nee

Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?

ja nee

Zo ja: Hebt u een nierfunctievervangende behandeling?

ja nee



Bent u door chronische maag-darmklachten meer dan 5 kg vermagerd?

ja nee

Zo ja: Hebt u langer dan 6 maanden, ook diarree 's nachts?

ja nee

Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?

ja nee

Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?

ja nee

Zo ja: Welke?

Bent u onder behandeling?

ja nee

Hebt u koorts in aanvallen?

ja nee

Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?

ja nee

Zo ja: Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?

ja nee

Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?

ja nee

Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan uw hoofd of hals?

ja nee

Zo ja: Was dit minder dan vijf jaar geleden?

ja nee

Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?

ja nee

Zo ja: Welke?

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

ja nee

Zo ja:

- voor het hart? ja nee
- loopt u bij de trombosedienst? ja nee
- tegen hoge bloeddruk? ja nee
- tegen hoge bloeddruk? ja nee
- aspirine of andere pijnstillers? ja nee
- voor suikerziekte? ja nee
- prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? ja nee
- medicijnen tegen kanker of bloedziekten? ja nee
- penicilline of antibiotica? ja nee
- kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen ja nee

TANDHEELKUNDIGE VRAGEN

Hebt u momenteel tandheelkundige problemen?

ja nee

Zo ja, van welke aard zijn deze:

.....

Bent u tevreden met het uiterlijk van uw gebit?

ja nee

Zo niet, wat zou u veranderd willen zien:

.....



Hebt u ooit een onprettige ervaring in een tandartspraktijk gehad?

ja nee

Zo ja, wat was hiervan de reden:

.....

Bent u ooit

a. met een beugel behandeld?

ja nee

b. door de kaakchirurg behandeld?

ja nee

c. voor tandvleesproblemen behandeld?

ja nee

Hebt u last van pijn of zwellingen aan het tandvlees?

ja nee

Hebt u last van bloedend tandvlees?

ja nee

Rookt u?

ja nee

Hebt u last van kaakgewrichtproblemen, zoals;

- knappen van de kaken?
- spierpijn, oorpijn, gewrichtspijn, hoofdpijn?
- moeilijkheden bij het openen/ sluiten?
- moeilijkheden bij bijten of kauwen?

ja nee

ja nee

ja nee

ja nee

Gewoonten

- klemt of knarsetandt u?
- bijt u regelmatig op lip of wang?
- bijt u op nagels of voorwerpen (pen, lucifer)?

ja nee

ja nee

ja nee

Voelt u zich erg gespannen voor of tijdens een tandheelkundige behandeling?

ja nee

Wenst u over het algemeen een verdoving bij het boren?

ja nee

RUIMTE VOOR BIJZONDERHEDEN DIE BELANGRIJK KUNNEN ZIJN

.....
.....
.....
.....

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld

Datum:

.....

Handtekening

.....