

Naam: m v GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Geb. datum: tandarts A.C. Smit
Steenweg 30, Waardenburg.

Huisarts:

Datum:

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 bij 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 of een kunsthartklep? | 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 epilepsie, vallende ziekte? | 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	Bent u daarbij benauwd of kortademig?	Ja	Nee
22.	Heeft u suikerziekte?	Ja	Nee	Zo ja, gebruikt u insuline?	Ja	Nee
23.	Heeft u bloedarmoede?	Ja	Nee			
24.	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	Ja	Nee			
25.	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Ja	Nee			
26.	Heeft u een nierziekte?	Ja	Nee			
27.	Heeft u chronische maagdarmklachten?	Ja	Nee			
28.	Heeft u een aandoening van de schildklier?	Ja	Nee			
29.	Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Ja	Nee			
30.	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja	Nee	Zo ja, welke?.....		
31.	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	Ja	Nee			
32.	Rookt u?	Ja	Nee	Zo ja, hoeveel per dag?.....		
33.	Gebruikt u alcohol?	Ja	Nee	Zo ja, hoeveel glazen per week?.....		
34.	Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	Ja	Nee	Zo ja, welke?.....		
35.	Vrouwen: bent u zwanger?	Ja	Nee	Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?.....		
36.	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	Ja	Nee	Zo ja, welke?.....		
37.	Gebruikt u momenteel medicijnen?	Ja	Nee			

Zo ja, welke medicijnen gebruikt u?

Graag een actueel medicatieoverzicht bijvoegen. U kunt dit krijgen bij uw apotheek of huisarts.

Ik verleen wel / geen toestemming om inlichtingen in te winnen bij mijn huisarts.

Handtekening:

Opmerkingen: