

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST EN PERSOONLIJKE GEGEVENS:



Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk)beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus (in uw belang) erg belangrijk voor ons dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het beroepsgeheim.

S.V.P. Wilt u het juiste antwoord omcirkelen?

Persoonlijke gegevens:

Achternaam en Voorletters:..... M/V Geboortedatum:.....
Straat en Huisnummer :.....
Postcode en Woonplaats :.....
Tel. Nummer Privé :..... Tel. nummer werk/ mobiel:
Tandarts: :.....Tel:.....
Huisarts en Tel. Nummer :.....Tel:.....
Specialist en Tel. Nummer :.....Tel:.....
Verzekeraar +nummer :..... Aanvullende verzekering ja/ nee
BSN nummer :.....

Mondverzorging:

Hoe vaak poetst u? x per dag Elektrisch/ Handtandenborstel Rechts / links handig bij poetsen
Merk borstel: soft / medium / hard Tandpastamerk:.....
Hoe vaak gebruikt u:
Flossdraad:..... Tandstokers:..... Ragers:.....
Overige mondverzorging:.....

Algemene Gezondheid:

. Bij het antwoord "ja" graag de vraag ernaast beantwoorden. U kunt eventueel onderaan nog extra informatie kwijt.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja/nee Wat?.....
2. Bent u onder behandeling van een arts of specialist? Ja/nee Waarvoor?.....
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja/nee Waarvoor?.....
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja/nee Welke ziekte?.....
5. Bent u ergens allergisch voor? Ja/nee Waarvoor?.....
6. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja/nee Wanneer?.....
7. Heeft u last van hartkloppingen? Ja/nee
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja/nee Wat is de 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 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 longklachten bijv. astma/ bronchitis/ chronische hoest? Ja/ nee Bent u benauwd/ kortademig? Ja/nee
22. Heeft u suikerziekte? Ja/nee Gebruikt u insuline? Ja/nee
23. Heeft u bloedarmoede? Ja/nee
24. Heeft u ooit een nabloedingen gehad (trekken van een tand/ kies? 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 aan de schildklier? Ja/nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja/nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja/nee Welke?.....
31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/ of halsgebied? Ja/nee

- | | | | |
|-----|--|--------|-----------------------------------|
| 32. | Rookt u? | Ja/nee | Hoeveel per dag? |
| 33. | Gebruikt u alcohol? | Ja/nee | Hoeveel glazen per week? |
| 34. | Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? | Ja/nee | Welke? |
| 35. | Vrouwen: Bent u zwanger? | Ja/nee | Wanneer bent u uitgerekend? |
| 36. | Heeft u een ziekte/ aandoening waar niet naar is gevraagd? | Ja/nee | Welke?..... |
| 37. | Gebruikt u momenteel medicijnen? | Ja/nee | |
-
 Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt.

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING! *Uw gegevens zullen uiteraard vertrouwelijk behandeld worden.*

Ik ben bekend met de algemene voorwaarden die in deze praktijk gelden en heb deze ontvangen.

NAAR WAARHEID INGEVULD OP:: **PLAATS:**.....

HANDTEKENING:.....

LET OP: INDIEN BOVENSTAANDE GEGEVENS VERANDEREN, DIENT U DIT TIJDIG AAN ONS DOOR TE GEVEN.