

Gezondheidsvragenlijst Tandheelkunde

Naam :
 Geb. datum :
 Adres :
 Postcode :
 Woonplaats :

- | | | |
|---|--------|------|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd ?
Zo ja, wat ? _____ | 1. Ja | Nee* |
| 2. Bent U onder behandeling van een arts of een medisch specialist ?
Zo ja, waarvoor _____ | 2. Ja | Nee* |
| 3. Bent U de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis ?
Zo ja, waarvoor ? _____ | 3. Ja | Nee* |
| 4. Heeft U ooit een ernstige ziekte doorgemaakt ?
Zo ja, welke ? _____ | 4. Ja | Nee* |
| 5. Bent U ergens allergisch voor ?
Zo ja, waarvoor ? _____ | 5. Ja | Nee* |
| 6. Heeft U een hartinfarct gehad ?
Zo ja, wanneer ? _____ | 6. Ja | Nee* |
| 7. Heeft U last van hartkloppingen ? | 7. Ja | Nee* |
| 8. Wordt U voor hoge bloeddruk behandeld ?
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk ? Onderdruk _____
Bovendruk _____ | 8. Ja | Nee* |
| 9. Heeft U pijn op de borst bij inspanning en/of emoties ? | 9. Ja | Nee* |
| 10. Heeft U last van gezwollen enkels / voeten ? | 10. Ja | Nee* |
| 11. Wordt U kortademig als U plat in bed ligt ? | 11. Ja | Nee* |
| 12. Bent U bij inspanning snel kortademig ? | 12. Ja | Nee* |
| 13. Heeft U een hartklepgebrek ? | 13. Ja | Nee* |
| 14. Heeft U een aangeboren hartafwijking ? | 14. Ja | Nee* |
| 15. Heeft U een pacemaker (of ICD) ? | 15. Ja | Nee* |
| 16. Wordt U gecontroleerd door de trombosedienst ? | 16. Ja | Nee* |
| 17. Bent U ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling ? | 17. Ja | Nee* |
| 18. Heeft U last van hyperventilatie ? | 18. Ja | Nee* |
| 19. Heeft U epilepsie ? | 19. Ja | Nee* |
| 20. Heeft U wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad ? | 20. Ja | Nee* |
| 21. Heeft U last van longklachten, zoals astma, bronchitis of chronische hoest ?
Zo ja, bent U daarbij benauwd of kortademig ? _____ | 21. Ja | Nee* |
| 22. Heeft U suikerziekte ?
Zo ja, gebruikt U insuline ? _____ | 22. Ja | Nee* |
| 23. Heeft U bloedarmoede ? | 23. Ja | Nee* |
| 24. Heeft U wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of na een operatie of wond ? | 24. Ja | Nee* |
| 25. Heeft U hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad) ? | 25. Ja | Nee* |
| 26. Heeft U een nierziekte ? | 26. Ja | Nee* |
| 27. Heeft U chronische maag/darm klachten ? | 27. Ja | Nee* |
| 28. Heeft U een aandoening van de schildklier ? | 28. Ja | Nee* |
| 29. Heeft U reuma en/of chronische gewrichtsklachten ? | 29. Ja | Nee* |
| 30. Heeft U momenteel een besmettelijke ziekte ?
Zo ja, welke ? _____ | 30. Ja | Nee* |
| 31. Bent U bestraald vanwege een tumor in uw hals / hoofdstreek ? | 31. Ja | Nee* |
| 32. Rookt U ?
Zo ja, hoeveel per dag ? _____ | 32. Ja | Nee* |
| 33. Gebruikt U alcohol ?
Zo ja, hoeveel glazen per dag ? _____ | 33. Ja | Nee* |
| 34. Gebruikt U drugs of heeft U drugs gebruikt ?
Zo ja, welke ? _____ | 34. Ja | Nee* |
| 35. Bent U zwanger ?
Zo ja, wanneer bent U uitgerekend ? _____ | 35. Ja | Nee* |
| 36. Heeft U een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is ?
Zo ja, welke ? _____ | 36. Ja | Nee* |
| 37. Gebruikt U momenteel medicijnen ?
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen U gebruikt ? | 37. Ja | Nee* |

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Datum :
 Handtekening :