

Gezondheidsvragenlijst

Naam m v _____

Voorletters _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____

BSN _____

Straat _____

Postcode/plaats _____

Telefoon/mobiel _____

E-mail _____

Huistandarts _____

Huisarts _____

Specialist _____

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

ja nee
 ja nee

Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?

ja nee

Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicijnen?
Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen?

ja nee
 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?
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?
Bent u kortademig bij het aankleden?

ja nee
 ja nee
 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?
Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?
Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?
Waarvoor bent u allergisch?

ja nee
 ja nee
 ja nee
 ja nee

Hebt u suikerziekte?

ja nee

Zo ja: Gebruikt u insuline?
Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?
Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?

ja nee
 ja nee
 ja nee

Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?

ja nee

Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?
Hebt u ondanks de behandeling klachten?

ja nee
 ja nee

Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?

ja nee

Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?
Hebt u ondanks de behandeling klachten?

ja nee
 ja nee

Hebt u een leverziekte?

ja nee

Zo ja: Langer dan 6 maanden?
Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?

ja nee
 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

• 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

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld

Datum:

Handtekening:
