

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST**Datum:**

Wij vragen u deze lijst in te vullen omdat het belangrijk is om te weten of wij rekening moeten houden met uw gezondheid en uw medicijngebruik tijdens tandheelkundige behandelingen.

Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Naam

Adres

Telefoon

Mobiel

E-mail

Omcirkel het juiste antwoord: ja of nee.

1	Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	ja	nee	Zo ja, wat?
2	Bent u ergens allergisch voor?	ja	nee	Zo ja, waarvoor?
3	Heeft u een hartinfarct gehad?	ja	nee	Zo ja, wanneer?
4	Heeft u last van hartkloppingen?	ja	nee	
5	Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	ja	nee	Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: Bovendruk:
6	Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	ja	nee	
7	Wordt u kortademig als u plat op bed ligt?	ja	nee	
8	Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	ja	nee	
9	Heeft u een aangeboren hartafwijking?	ja	nee	
10	Hebt u wel eens endocarditis doorgemaakt?	ja	nee	
11	Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?			
12	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	ja	nee	
13	Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	ja	nee	
14	Heeft u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad?	ja	nee	Zo ja, wanneer?
15	Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	ja	nee	Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / nee
16	Heeft u suikerziekte / diabetes?	ja	nee	Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / nee
17	Heeft u bloedarmoede?	ja	nee	
18	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen of na een operatie of verwonding?	ja	nee	
19	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	ja	nee	Zo ja, welke en wanneer?
20	Heeft u een nierziekte?	ja	nee	

A.u.b. verdergaan op de volgende pagina.

21	Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	ja	nee	
22	Heeft u een kunstgewricht?	ja	nee	
23	Bent u bestraald vanwege een tumor in het hoofd en/of in hals?	ja	nee	Zo ja, wanneer?
24	Rookt u?	ja	nee	Zo ja, hoeveel per dag?
25	Gebruikt u alcohol en/of drugs?	ja	nee	Zo ja, hoeveel per week?
25	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven nog niet naar is gevraagd?	ja	nee	Zo ja, welke?
26	VROUWEN: Bent u zwanger?	ja	nee	Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?
	Geeft u borstvoeding	ja	nee	
27	Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bifosfonaat of denosumab)?	ja	nee	Zo ja, wanneer en welke?
28	Gebruikt u medicijnen?	ja	nee	
	Zo ja, welke medicijnen gebruikt u?			
29	Opmerkingen:			

**Mocht er iets veranderen m.b.t. uw gezondheid, moet u dit bij het volgende bezoek aan ons doorgeven.
Verandering van adres, mail en telefoongegevens liefst zo snel mogelijk doorgeven.**

Tandheelkundige Praktijk Pennartz 030-2720120