

Gegevens patient

Nummer:

Man Vrouw

Achternaam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Geboorte datum: _____

Beroep: _____

Verzekering: _____

Nr: _____

Telefoon werk: _____

Telefoon privé: _____

Datum:

Gegevens artsen:

Tandarts: _____

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Telefoon : _____

Huisarts: _____

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Telefoon : _____

Specialist: _____

Adres: _____

Postcode/plaats: _____

Telefoon : _____

Gezondheidsvragenlijst

1. Gebruikt u dagelijks medicijnen ? Ja Nee

Zo ja:

- voor het hart
- voor bloedverduunning
- tegen hoge bloeddruk
- tegen gewrichtspijnen of rheuma
- voor suikerziekte
- prednison of andere corticosteroïde
- andere hormonen
- medicijnen tegen kanker of bloedziekten
- penicilline of antibiotica
- kalmerende middelen of slaaptabletten
- verdovende middelen
- medicijnen tegen epilepsie
- medicijnen tegen chronische bronchitis
- andere medicijnen

welke medicijnen:

dosering: _____ per _____

dosering: _____ per _____

dosering: _____ per _____

2. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris) ? Ja Nee

Zo ja:

- hebt u uw activiteiten moeten verminderen.
- hebt u ook klachten in rust
- nemen de klachten de laatste tijd toe

3. Hebt u een hartinfarct gehad ? Ja Nee

Zo ja:

- ondervindt u daarvan nog steeds klachten
- hebben zich na het hartinfarct complicaties voorgedaan
- hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad

4. Hebt u acuut rheuma gehad ? Ja Nee

5. Is bij u een hartruis of -klepgebrek vastgesteld ? Ja Nee

Zo ja:

- hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig.
- hebt u klachten ten gevolge van het hartruis of -klepgebrek

6. Hebt u een kunstheup, kunsthartklep of hebt u een vaatprothese ? Ja Nee

Zo ja:

- hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig.

7. Hebt u een hoge bloeddruk ? Ja Nee

Zo ja:

- is uw bovendruk meestal 200 of hoger
- is uw onderdruk meestal 95 of hoger
- is uw onderdruk meestal 115 of hoger

8. Hebt u last van hartzwakte ? Ja Nee

Zo ja:

- hebt u 's avonds gezwollen enkels
- moet u 's nachts meer dan 2x urineren
- slaapt u 's nachts met meer dan 2 kussens omdat u anders kortademig wordt
- moet u na 20 traptreden rusten door kortademigheid
- wordt u 's nachts kortademig wakker.

Ja Nee

Ja Nee

9. Is bij u een afwijkende bloedingsneiging vastgesteld ?

Zo ja:

- gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen.
- gebruikt u aspirine
- bloedt u langer dan een uur na verwonding of ingrepen
- krijgt u zonder stoten blauwe plekken
- hebt u of uw familieleden bloedstollings ziekte.

10. Hebt u verlamming (beroerte, attaque) gehad ?

Zo ja:

- duurden de klachten korter dan 24 uur
- hebt u de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad

11. Hebt u astma ?

Zo ja:

- hebt u daar nu last van

12. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelen gebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters) ?

Zo ja:

- waarvoor bent u allergisch _____

- wordt u voor uw allergie met medicijnen behandeld
- is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving
- is de allergie opgetreden na gebruik van penicilline of antibiotica

13. Hebt u suikerziekte ?

Zo ja:

- gebruikt u insuline
- bent u vaak ontregeld (hypo/hyperglycaemie)
- wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten

14. Is er bij u een afwijking aan de schildklierfunctie vastgesteld ?

Zo ja:

- is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld
- is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld
- wordt u hiervoor behandeld of gecontroleerd

15. Bent u zonder dieet, het laatste jaar meer dan 6 kg afgevallen bij een normale eetlust ?

16. Bent u bestraald of geopereerd voor een tumor aan hoofd en/of hals ?

Zo ja: - wanneer was dit _____

17. Lijdt u op dit moment aan:

- chronische leverziekte (langer dan 6 maanden)
- darmaandoeningen met klachten van diarree (langer dan 6 maanden)
- chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt
- bloedarmoede
- lymfeklier- of bloedziekte
- een besmettelijke ziekte (Hepatitis B of C, HIV)
- (open)tuberculose

18. Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens tandheelkundige behandelingen ?

Zo ja,

- aard van de complicaties _____

19. Hebt u ooit medische problemen gehad bij gebruik van medicijnen ?

Zo ja,

- aard van de problemen _____

- bij welke medicijnen _____

20. Bent u het laatste jaar onder behandeling geweest van een huisarts of specialist ?

Zo ja,

- aard van de klachten : _____

- welke specialist _____

22. Bent u op dit moment zwanger ?

Zo ja:

- hoeveel weken _____

23. Gebruikt u alcohol ?

Zo ja:

- wat drinkt u _____

- hoeveelheid per week _____

24. Rookt u ?

Zo ja: (sigaret/pijp/sigaar)

- minder dan 10 per dag

- meer dan 10 per dag

- meer dan 20 per dag

25. Leeft/werkt u onder stressvolle omstandigheden ?

Als u denkt dat er nog iets niet aan de orde is geweest dan kunt u dat hieronder vermelden !

Handtekening patiënt:

Paraaf medewerker: