



Gezondheidsvragenlijst Tandheelkunde

Datum _____

Naam _____ Voornaam _____

Geb. datum _____ Geslacht m / v

Adres _____ Postcode /Woonplaats _____

Telefoon nr. _____ E-mail adres _____

Verzekeraar/ nummer / aanvullende verzekering: _____

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd ? Ja Nee
Zo ja, wat ? _____
2. Bent U onder behandeling van een arts of een medisch specialist ? Ja Nee
Zo ja, waarvoor _____
3. Bent U de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis ? Ja Nee
Zo ja, waarvoor ? _____
4. Heeft U ooit een ernstige ziekte doorgemaakt ? Ja Nee
Zo ja, welke ? _____
5. Bent U ergens allergisch voor ? Ja Nee
Zo ja, waarvoor ? _____
6. Heeft U een hartinfarct gehad ? Ja Nee
Zo ja, wanneer ? _____
7. Heeft U last van hartkloppingen ? Ja Nee
8. Wordt U voor hoge bloeddruk behandeld ? Ja Nee
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk ? Onderdruk _____
Bovendruk _____
9. Heeft U pijn op de borst bij inspanning en/of 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 ? 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 tandheelkundige of medische behandeling ? Ja Nee
18. Heeft U last van hyperventilatie ? Ja Nee
19. Heeft U epilepsie ? Ja Nee
20. Heeft U wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad ? Ja Nee
21. Heeft U last van longklachten, zoals astma, bronchitis of chronische hoest ? Ja Nee
Zo ja, bent U daarbij benauwd of kortademig ? _____
22. Heeft U suikerziekte ? Ja Nee
Zo ja, gebruikt U insuline ? _____
23. Heeft U bloedarmoede ? Ja Nee
24. Heeft U wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of na een operatie of wond ? 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 van de schildklier ? Ja Nee
29. Heeft U reuma en/of chronische gewrichtsklachten ? Ja Nee
30. Heeft U momenteel een besmettelijke ziekte ? Ja Nee
Zo ja, welke ? _____
31. Bent U bestraald vanwege een tumor in uw hals / hoofdstreek ? Ja Nee
32. Rookt U ? Ja Nee
Zo ja, hoeveel per dag ? _____
33. Gebruikt U alcohol ? Ja Nee
Zo ja, hoeveel glazen per dag ? _____
34. Gebruikt U drugs of heeft U drugs gebruikt ? Ja Nee
Zo ja, welke ? _____
35. Bent U zwanger ? Ja Nee
Zo ja, wanneer bent U uitgerekend ? _____
36. Heeft U een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is ? Ja Nee
Zo ja, welke ? _____
37. Gebruikt U momenteel medicijnen ? Ja Nee
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen U gebruikt ? _____

Met mijn handtekening geef ik aan dat ik deze vragenlijst naar waarheid heb ingevuld.

.....

Datum: _____