

Naam : ..... Dhr. / Mevr. Geboortedatum : .....-.....-.....  
Naam huisarts : ..... Tel. Huisarts : .....  
Naam specialist : ..... Tel. Specialist : .....  
(indien van toepassing)

---

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Ja of nee).

---

1. Is er afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u dit kort toelichten?*  
.....
2. Bent u onder behandeling bij de huisarts of medisch specialist? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u kort toelichten waarvoor?*  
.....
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u kort toelichten waarvoor?*  
.....
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u kort aangeven welke?*  
.....
5. Bent u ergens allergisch voor? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u kort toelichten waarvoor?*  
.....
6. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u aangeven wanneer?*  
.....
7. Heeft u last van hartkloppingen? Ja / Nee  
  
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja / Nee  
*Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?*  
  
Onderdruk: ..... Bovendruk: .....
8. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? Ja / Nee
9. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? Ja / Nee
10. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? Ja / Nee
11. Bent u bij inspanning snel kortademig? Ja / Nee

12. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja / Nee
13. Heeft u een aangeboren hartafwijking? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u aangeven welke?*
- .....
14. Heeft u ooit endocarditis (hartklepontsteking)? Ja / Nee
15. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? Ja / Nee
16. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Ja / Nee
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja / Nee
18. Heeft u last van hyperventileren? Ja / Nee
19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja / Nee
20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Ja / Nee
21. Heeft u een kunstheup/kunstknie? Ja / Nee
22. Heeft last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee  
*Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?*
- .....
23. Heeft u suikerziekte? Ja / Nee  
*Zo ja, gebruikt u insuline?* Ja / Nee
24. Heeft u bloedarmoede? Ja / Nee
25. Heeft u weleens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? Ja / Nee
26. Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Ja / Nee
27. Heeft u een nierziekte? Ja / nee
28. Heeft u chronische maag-darmklachten? Ja / Nee
29. Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja / Nee
30. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / Nee
31. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja / Nee  
*Zo ja, welke?*
- .....
32. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja / Nee
33. Heeft u last van een vieze geur en/of smaak in de mond? Ja / Nee
34. Rookt u? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u aangeven hoeveel u rookt?*
- .....

35. Drinkt u alcoholische dranken? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u aangeven hoeveel glazen u drinkt per week?*  
.....
36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja / Nee  
*Zo ja, welke?*  
.....
37. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u dit kort nader toelichten?*  
.....
38. Vrouwen: bent u zwanger? Ja / Nee
39. Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja / Nee  
*Zo ja, kunt u aangeven welke medicijnen?*  
.....
- 

Datum : .....

Naam ouder/verzorger : ..... Handtekening : .....