

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kan dit 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).

Naam & voorletters	:	.....	Dhr. / Mevr.
Adres en huisnummer	:	.....
Postcode en woonplaats	:	.....
Telefoonnummer	:	.....
E-mail	:	.....
Geboortedatum	:	.....-.....-.....	BSN nummer :
Verzekeringsmaatschappij	:	.....	Polis nummer :
Naam huisarts	:	.....	Tel. huisarts :
Beroep	:	.....

1. Is er het afgelopen jaar iets veranderd aan uw gezondheid? Ja/Nee

Zo ja, beantwoord alstublieft de vragen die relevant kunnen zijn of ga direct naar vraag 40.

2. Bent u onder behandeling bij de huisarts of medisch specialist? Ja/Nee
Zo ja, waarvoor?
3. Bent u afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis? Ja/Nee
Zo ja, waarvoor?
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja/Nee
Zo ja, welke ziekte?
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 afwijkende 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 bij emoties? Ja/Nee
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? Ja/Nee
11. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? Ja/Nee
12. Bent u bij inspanning snel kortademig? Ja/Nee
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja/Nee
14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? Ja/Nee
Zo ja, welke?
15. Heeft u ooit endocarditis (hartklepontsteking) gehad? Ja/Nee

16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? Ja/Nee
17. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Ja/Nee
18. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja/Nee
19. Heeft u last van hyperventileren? Ja/Nee
20. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja/Nee
21. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Ja/Nee
22. Heeft u een kunstheup/kunstknie? Ja/Nee
23. Heeft last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest Ja/Nee
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?.....
24. Heeft u suikerziekte? Ja/Nee
Zo ja, gebruikt u insuline? Ja/Nee
25. Heeft u bloedarmoede? Ja/Nee
26. Heeft u weleens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden / kiezen of na een operatie? Ja/Nee
27. Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Ja/Nee
28. Heeft u een nierziekte? Ja/Nee
29. Heeft u chronische maag-darmklachten? Ja/Nee
30. Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja/Nee
31. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja/Nee
32. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja/Nee
Zo ja, welke?
33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja/Nee
34. Heeft u last van een vieze geur en/of smaak in de mond? Ja/Nee
35. Rookt u? Ja/Nee
Zo ja, kunt u aangeven hoeveel u rookt?.....
36. Drinkt u alcoholische dranken? Ja/Nee
Zo ja, kunt u aangeven hoeveel glazen u drinkt per week?
37. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja/Nee
Zo ja, welke?
38. Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? Ja/Nee
Zo ja, welke?
39. Vrouwen: bent u zwanger? Ja/Nee
40. Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja/Nee
Zo ja, vermeld hieronder welk€ medicijn(en) u gebruikt
-
 -
 -
 -

41. Geeft u toestemming om contact op te nemen met uw huisarts, indien nodig? Ja/Nee
42. Geeft u toestemming om uw gegevens te delen met andere zorgverleners, indien nodig? Ja/Nee
-

Datum :

Naam ouder/verzorger : *(indien patiënt jonger dan 16 jaar)*

Handtekening :

Handtekening verzorger : *(indien patiënt jonger dan 16 jaar)*