

## GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Naam:	M/V
Geb. datum:	
Datum:	

**Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.**

- |  |                 |   |
|--|-----------------|---|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?                | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wat? -----   |
| 2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?                | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, waarvoor? -----  |
| 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis?              | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, waarvoor? -----  |
| 4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?                               | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke ziekte? -----  |
| 5. Bent u ergens allergisch voor?  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, waarvoor? -----  |
| 6. Heeft u een hartinfarct gehad?  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wanneer? -----   |
| 7. Heeft u last van hartkloppingen?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?                                      | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?<br>Onderdruk:----- bovendruk: ----- |
| 9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?                  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?                                  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?                                 | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 12. Bent u bij inspanning snel kortademig?                                     | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?                           | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 14. Heeft u een aangeboren hartafwijking?                                      | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 15. Heeft u een pacemaker (of ICD)?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?                              | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 18. Heeft u last van hyperventileren?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad?               | <b>Ja / Nee</b> |   |

**A.u.b verdergaan op de tweede pagina**

- |   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| 21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis, of chronische hoest?                                 | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?<br><b>Ja / Nee</b> |
| 22. Heeft u suikerziekte?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, gebruikt u insuline? <b>Ja / Nee</b>                     |
| 23. Heeft u bloedarmoede?   | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van Tandem/kiezen of na operatie of verwonding? | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 26. Heeft u een nierziekte?   | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 27. Heeft u chronische maag-darmklachten?   | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 28. Heeft u een aandoening van de schildklier?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?   | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke? -----   |
| 31. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?   | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 34. Rookt u?  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, hoeveel per dag? -----                                   |
| 35. Gebruikt u alcohol?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, hoeveel glazen per week? -----                           |
| 36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke? -----   |
| 37. Vrouwen: Bent u zwanger?  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? -----                        |
| 38. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?                                      | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke? -----   |
| 39. Gebruikt u momenteel medicijnen?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:   |                 |   |
| -----   |                 |   |
| -----   |                 |   |
| -----   |                 |   |
| -----   |                 |   |

40. Wie is uw huisarts? -----

Ruimte voor opmerkingen:

-----

-----

Handtekening: -----