



GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Voor- en achternaam : _____ Geboortedatum : _____
Adres : _____ Postcode : _____
Plaats : _____

Algemene vragen

1. Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens tandheelkundige behandeling? Zo ja, aard van de complicatie? Bij welke tandarts?

2. Hebt u ooit problemen gehad bij gebruik van medicijnen? Zo ja, aard van de problemen? Bij welke tandarts?

Onderstaande vragen ook graag allen invullen. Vinkt u bij een dikgedrukte vraag "Ja" aan? Dan graag ook de sub-vragen invullen. Vult u "Nee" in dan kunt u gelijk door naar de volgende dikgedrukte vraag.

- | | | |
|---|------|-------|
| 1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanningen (angina pectoris)? Zo ja, | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u ook klachten in rust? | 0 Ja | 0 Nee |
| Zijn uw klachten recentelijk toegenomen? | 0 Ja | 0 Nee |
| 2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja, | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u in de laatste zes maanden een hartinfarct gehad? | 0 Ja | 0 Nee |
| 3. Hebt u een hartgeruis of een hartklepgebrek? | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u een kunsthartklep? | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan? | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u een pacemaker? | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | 0 Ja | 0 Nee |



4. **Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja** 0 Ja 0 Nee
Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? 0 Ja 0 Nee
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? 0 Ja 0 Nee
5. **Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Wordt u bij platliggen kortademig? 0 Ja 0 Nee
Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders kortademig wordt? 0 Ja 0 Nee
6. **Hebt u nu of in het verleden een hoge bloeddruk gehad? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Is uw bovendruk meestal tussen de 160-200? 0 Ja 0 Nee
Is uw onderdruk meestal tussen de 95-115? 0 Ja 0 Nee
Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? 0 Ja 0 Nee
Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? 0 Ja 0 Nee
7. **Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen/ingrepen? 0 Ja 0 Nee
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? 0 Ja 0 Nee
8. **Hebt u ooit verlammingen (beroerte/attaque) of spraakstoornissen gehad?** 0 Ja 0 Nee
Zo ja,
Hebt u nu tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? 0 Ja 0 Nee
Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte/attaque gehad? 0 Ja 0 Nee
9. **Hebt u epilepsie? Zo ja** 0 Ja 0 Nee
Wisselt u regelmatig van medicijnen? 0 Ja 0 Nee
Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? 0 Ja 0 Nee
10. **Hebt u astma? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Hebt u daar nu last van? 0 Ja 0 Nee
11. **Hebt u ander klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? 0 Ja 0 Nee
Bent u kortademig bij het aankleden? 0 Ja 0 Nee
12. **Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Bezocht u voor de reactie een arts/ziekenhuis? 0 Ja 0 Nee
Was het bij uw tandarts? 0 Ja 0 Nee
Waarvoor bent u allergisch? _____
13. **Hebt u suikerziekte? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Gebruikt u insuline? 0 Ja 0 Nee
Bent u vaak "ontregeld"? (hypo-/hyperglykemie) 0 Ja 0 Nee
14. **Hebt u een schildklierziekte? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Is dit een vertraagde functie? 0 Ja 0 Nee
Is dit een versterkte functie? 0 Ja 0 Nee



15. **Hebt u nu een leverziekte of hebt u deze in het verleden gehad? Zo ja,** Ja Nee
Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? Ja Nee
Hebt u daarvoor een levertransplantaat? Ja Nee
16. **Hebt u een nierziekte? Zo ja,** Ja Nee
Ondergaat u een nierfunctie-vervangende behandeling (dialyse)? Ja Nee
Hebt u een niertransplantaat? Ja Nee
17. **Hebt u nu of ooit een kwaadaardige ziekte (tumor) of bloedziekte gehad?** Ja Nee
Zo ja,
Welke? _____
Bent u onder behandeling? Ja Nee
Bent u bestraald voor een tumor/gezwel aan het hoofd of de hals? Ja Nee
Wanneer?
18. **Hebt u last van hyperventileren?** Ja Nee
19. **Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige/medische behandeling?** Ja Nee
20. **Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?** Ja Nee
21. **Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? Zo ja** Ja Nee
- voor het hart? Ja Nee
- loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdunnende middelen? Ja Nee
- tegen hoge bloeddruk? Ja Nee
- aspirine of pijnstillers? Ja Nee
- tegen suikerziekte? Ja Nee
- tegen een allergie? Ja Nee
- prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? Ja Nee
- tegen huid-, darm-, of reumatische ziekten? Ja Nee
- medicijnen tegen kanker/bloedziekten? Ja Nee
- penicilline of antibiotica? Ja Nee
- kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen? Ja Nee
- gebruikt u drugs? Ja Nee

Graag alle medicijnen hieronder noteren:



22. **Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Hoe lang? _____
23. **Hebt u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Zo ja,** 0 Ja 0 Nee
Welke? _____

Naar waarheid ingevuld

Plaats en datum : _____

Handtekening : _____