



## 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.

- |   |      |       |
|---|------|-------|
| <b>1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanningen (angina pectoris)? Zo ja,</b> | 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 |
| <b>2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja,</b>   | 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 |
| <b>3. Hebt u een hartgeruis of een hartklepgebrek?</b>  | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>Hebt u een kunsthartklep?</b>  | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?</b>                     | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>Hebt u een pacemaker?</b>  | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?  | 0 Ja | 0 Nee |



- |   |      |       |
|---|------|-------|
| <b>4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja</b>  | 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 |
| <b>5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja,</b>  | 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 |
| <b>6. Hebt u nu of in het verleden een hoge bloeddruk gehad? Zo ja,</b>   | 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 |
| <b>7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,</b>   | 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 |
| <b>8. Hebt u ooit verlammingen (beroerte/attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo ja,</b>  | 0 Ja | 0 Nee |
| 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 |
| <b>9. Hebt u epilepsie? Zo ja</b>   | 0 Ja | 0 Nee |
| Wisselt u regelmatig van medicijnen?  | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?  | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>10. Hebt u astma? Zo ja,</b>   | 0 Ja | 0 Nee |
| Hebt u daar nu last van?  | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>11. Hebt u ander klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja,</b>   | 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 |
| <b>12. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen? Zo ja,</b> | 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? _____   |      |       |
| <b>13. Hebt u suikerziekte? Zo ja,</b>  | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>Gebruikt u insuline?</b>   | 0 Ja | 0 Nee |
| Bent u vaak "ontregeld"? (hypo-/hyperglykemie)  | 0 Ja | 0 Nee |
| <b>14. Hebt u een schildklierziekte? Zo ja,</b>   | 0 Ja | 0 Nee |
| Is dit een vertraagde functie?  | 0 Ja | 0 Nee |
| Is dit een versterkte functie?  | 0 Ja | 0 Nee |





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 : \_\_\_\_\_