

## Gezondheidsvragenlijst

Naam \_\_\_\_\_  m  v  
Voorletters \_\_\_\_\_  
Voornaam \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Straat \_\_\_\_\_  
Postcode en plaats \_\_\_\_\_  
Telefoon/mobiel \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Huistandarts \_\_\_\_\_  
Huisarts \_\_\_\_\_  
Specialist (eventueel) \_\_\_\_\_

### ALGEMENE VRAGEN:

Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige behandeling?  ja  nee

Zo ja: Wat was de aard van de complicaties?

---

---

---

---

---

---

---

Bij welke tandarts? \_\_\_\_\_

Hebt u ooit medische problemen gehad bij gebruik van medicijnen?  ja  nee

Zo ja: Wat was de aard van de problemen?

---

---

---

---

---

---

---

Bij welke medicijnen? \_\_\_\_\_

## OVERIGE VRAGEN:

- Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?  ja  nee
- Zo ja: Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?  ja  nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe?  ja  nee
- Hebt u ook klachten in rust?  ja  nee
- Hebt u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?  ja  nee
- 
- Hebt u een hartinfarct gehad?  ja  nee
- Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?  ja  nee
- Ondervindt u nog steeds klachten?  ja  nee
- Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct?  ja  nee
- 
- Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek?  ja  nee
- Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?  ja  nee
- Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?  ja  nee
- Zo ja bij één van deze drie vragen:
- Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?  ja  nee
- Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?  ja  nee
- 
- Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?  ja  nee
- Zo ja: Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?  ja  nee
- Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?  ja  nee
- 
- Hebt u last van hartzwakte?  ja  nee
- Zo ja: Hebt u 's avonds gezwollen voeten?  ja  nee
- Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?  ja  nee
- Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?  ja  nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker?  ja  nee
- 
- Hebt u last van hyperventileren?  ja  nee
- 
- Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?  ja  nee
- 
- Hebt u een hoge bloeddruk?  ja  nee
- Zo ja: Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?  ja  nee
- Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?  ja  nee
- Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?  ja  nee
- Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?  ja  nee

- Hebt u verlammingen (beroertes of attaque) of spraakstoornissen gehad?**  ja  nee
- Zo ja: Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?  ja  nee
- Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?  ja  nee
- Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?**  ja  nee
- Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicijnen?  ja  nee
- Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen?  ja  nee
- Hebt u astma?**  ja  nee
- Zo ja: Hebt u daar nu last van?  ja  nee
- Hebt u slechte longen?**  ja  nee
- Zo ja: Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?  ja  nee
- Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?  ja  nee
- Bent u kortademig bij het aankleden?  ja  nee
- Hebt u hooikoorts?**  ja  nee
- Hebt u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?**  ja  nee
- Zo ja: Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?  ja  nee
- Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?  ja  nee
- Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?  ja  nee
- Waarvoor bent u allergisch? \_\_\_\_\_
- Hebt u suikerziekte?**  ja  nee
- Zo ja: Gebruikt u insuline?  ja  nee
- Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?  ja  nee
- Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?  ja  nee
- Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?**  ja  nee
- Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?  ja  nee
- Hebt u ondanks de behandeling klachten?  ja  nee
- Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?**  ja  nee
- Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?  ja  nee
- Hebt u ondanks de behandeling klachten?  ja  nee
- Hebt u een leverziekte?**  ja  nee
- Zo ja: Langer dan 6 maanden?  ja  nee
- Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?  ja  nee
- Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?**  ja  nee
- Zo ja: Hebt u een nierfunctievervangende behandeling?  ja  nee

Bent u door chronische maag-darmklachten meer dan 5 kg vermagerd?  ja  nee

Zo ja: Hebt u langer dan 6 maanden, ook diarree 's nachts?  ja  nee

Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?  ja  nee

Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?  ja  nee

Zo ja: Welke? \_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling?  ja  nee

Hebt u koorts in aanvallen?  ja  nee

Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?  ja  nee

Zo ja: Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?  ja  nee

Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?  ja  nee

Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan uw hoofd of hals?  ja  nee

Zo ja: Was dit minder dan vijf jaar geleden?  ja  nee

Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?  ja  nee

Zo ja: Welke? \_\_\_\_\_

Gebruikt u op dit moment medicijnen?  ja  nee

Zo ja: • voor het hart?  ja  nee

• loopt u bij de trombosedienst?  ja  nee

• tegen hoge bloeddruk?  ja  nee

• aspirine of andere pijnstillers?  ja  nee

• voor suikerziekte?  ja  nee

• prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?  ja  nee

• medicijnen tegen kanker of bloedziekten?  ja  nee

• penicilline of antibiotica?  ja  nee

• kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen  ja  nee

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_