

Naam: m/v

Geb datum

Patientnummer:

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Bruins, Haalboom & Koole

Goedgekeurd door de

Vereniging voor Medisch Tandheelkundige Interactie (VMTI)

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? | Ja / Nee | Zo ja, wat? _____ |
| 2. | Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | Ja / Nee | Zo ja, waarvoor? _____ |
| 3. | Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een 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 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 in 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 | |
| 15. | Heeft u een pacemaker (of ICD)? | Ja / Nee | |
| 16. | Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | Ja / Nee | |
| 17. | Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Ja / Nee | |
| 18. | Heeft u last van hyperventileren? | Ja / Nee | |
| 19. | Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | Ja / Nee | |
| 20. | Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | Ja / Nee | |

A.u.b. verdergaan op de tweede pagina

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

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:

Ruimte voor opmerkingen:

Einde vragenlijst