

NAAM

GEBOORTEDATUM

M / V / X

WAAROM IS EEN GEZONDHEIDSVRAGENLIJST BELANGRIJK VOOR DE TANDARTS EN MONDHYGIËNIST?

- Als je ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding zijn voor het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat de tandarts hier rekening mee houdt
- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik
-

Informeer de tandarts altijd als er iets is gewijzigd in de gezondheid of het medicijngebruik.

Deze informatie valt onder het beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld. Neem bij elk bezoek aan de tandarts een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent medicatieoverzicht bij de apotheker vragen.

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid veranderd? NEE/JA

Wat?

Ben je onder behandeling van een arts of specialist? NEE/JA

Waarvoor? bij wie?

Ben je ergens allergisch voor? NEE/JA

Waarvoor?

Heb je last van hartkloppingen? NEE/JA

Wordt je voor een hoge bloeddruk behandeld? NEE/JA

Waardes?

Heb je pijn op de borst bij inspanning? NEE/JA

Word je kortademig als je plat op bed ligt? NEE/JA

Heb je een hartklepgebrek of kunsthartklep? NEE/JA

Heb je hiervoor profylaxe(anti-biotica) nodig? NEE/JA

Heb je een aangeboren hartafwijking? NEE/JA

Heb je daarvoor profylaxe nodig? NEE/JA

Heb je wel een endocarditis(ontsteking van het hart) meegemaakt? NEE/JA

Heb je nu profylaxe nodig? NEE/JA

Heb je een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? NEE/JA

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST VOLWASSENE

Ben je ooit flauw gevallen bij een tandheelkundige behandeling?	NEE/JA
Ben je ooit flauwgevallen bij een medische behandeling?	NEE/JA
Heb je epilepsie of vallende ziekte of verwante aandoening?	NEE/JA
Heb je een hersenbloeding of beroerte(TIA) gehad?	NEE/JA
Wanneer?	
Heb je last van longklachten zoals astma/bronchitis e.d.?	NEE/JA
Heb je suikerziekte?	NEE/JA
Type 1/Type 2?	
Heb je Hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	NEE/JA
Heb je een nierziekte?	NEE/JA
Heb je reuma, artritis of chronische gewrichtsklachten?	NEE/JA
Ben je bestraald in het hoofd vanwege een tumor in hoofd of hals?	NEE/JA
Heb je in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen oa botontkalking (een bifosfonaat of denosumab)?	NEE/JA
Heb je bloedarmoede?	NEE/JA
Heb je wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen of na een operatie?	NEE/JA
Rook je?	NEE/JA
Hoeveel?	
Voor vrouwen: Ben je zwanger?	NEE/JA
Geef je borstvoeding?	NEE/JA
Heb je een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	NEE/JA
Wat voor ziekte of aandoening?	
Gebruik je medicijnen?	NEE/JA
welke?	
(graag recente uitdraai van apotheek meenemen)	

Breng dit formulier, volledig ingevuld en ondertekend, mee naar uw eerste afspraak.

PLAATS EN DATUM

HANDTEKENING