



Gezondheidsvragenlijst mondzorg - volwassenen - Medisch Geheim

Naam: Geboortedatum: - - man / vrouw PatientCode

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle/de schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Nee of Ja).

- Bent u onder behandeling bij huisarts of medisch specialist? Nee Ja -> waarvoor?
- Bent u ergens allergisch voor? Nee Ja -> waarvoor?
- Heeft u een hartinfarct gehad? Nee Ja -> wanneer?
- Heeft u last van hartkloppingen? Nee Ja
- Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Nee Ja -> wat is uw bloeddruk?
onderdruk: bovendruk:
- Heeft u pijn op de borst bij inspanning? Nee Ja
- Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Nee Ja
- Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Nee Ja
- Heeft u een aangeboren hartafwijking? Nee Ja
- Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Nee Ja
- Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Nee Ja
- Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Nee Ja
- Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Nee Ja
- Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Nee Ja
- Heeft u suikerziekte? Nee Ja -> gebruikt u insuline? ja/nee
- Heeft u bloedarmoede? Nee Ja
- Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? Nee Ja
- Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Nee Ja
- Heeft u een nierziekte? Nee Ja
- Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Nee Ja
- Heeft u een kunstgewricht? Nee Ja
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Nee Ja
- Rookt u? Nee Ja -> hoeveel per dag?
- Vrouwen: bent u zwanger? Nee Ja
- Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?** Nee Ja -> welke?
- Gebruikt u medicijnen?** Nee Ja -> welke?

Datum - - Handtekening