

Datum:.....

Gegevens patiënt: M V

Achternaam:.....

Voornaam:.....

Adres:.....

Postcode:.....

Plaats:.....

Geboortedatum:.....

Telefoon privé:.....

Telefoon werk:.....

BSN nummer:.....

Reden verwijzing / wens patiënt:

.....

.....

.....

Gezondheidsvragenlijst

1. Gebruikt u (dagelijks) medicijnen? Ja Nee

(graag ook uw medicatielijst opvragen bij de apotheek en meenemen)

Zo ja, waarvoor gebruikt u medicatie?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gegevens artsen

Naam tandarts:

Adres:.....

Naam huisarts:

Adres:.....

Naam apotheek:.....

Adres:.....

7. Heeft u een hart/vaat implantaat? Ja Nee

• Welk type implantaat? kunsthartklep vaatprothese

• Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja Nee

8. Heeft u last van hartfalen? Ja Nee

• Heeft u last van systolisch hartfalen (zwakke hartspier)? Ja Nee

• Heeft u last van diastolisch hartfalen (stijve hartspier)? Ja Nee

9. Heeft u een hartritmestoornis? Ja Nee

• Welk hulpmiddel heeft u? Pacemaker Defibrillator

10. Heeft u een hoge bloeddruk? Ja Nee

• Is uw bovendruk meestal 160 of hoger? Ja Nee

• Is uw onderdruk meestal 100 of hoger? Ja Nee

11. Wordt u momenteel gecontroleerd door de trombosedienst? Ja Nee

• Telefoonnummer trombosedienst:.....

• Wat is uw INR-waarde?.....

12. Is bij u een afwijkende bloedingsneiging vastgesteld? Ja Nee

• Bloedt u langer dan een uur na verwondingen of ingrepen? Ja Nee

• Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? Ja Nee

• Heeft u of één van uw familieleden bloedstollingsziektes? Ja Nee

13. Heeft u een hersenbloeding, herseninfarct, of TIA gehad? Ja Nee

• Duurde de klachten korter dan 24 uur? Ja Nee

• Heeft u de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? Ja Nee

14. Heeft u acuut reuma gehad? Ja Nee

15. Heeft u reuma? Ja Nee

• Welke vorm?.....

• Zijn uw klachten verholpen met medicatie? Ja Nee

16. Heeft u epilepsie? _____ Ja Nee

- Wisselt u regelmatig van medicijnen? Ja Nee
- Heeft u ondanks uw medicatie regelmatig last van aanvallen? Ja Nee

17. Heeft u last van hyperventileren? _____ Ja Nee

- Bent u ooit flauwgevallen tijdens een medische behandeling? Ja Nee

18. Heeft u een longaandoening? _____ Ja Nee

- Weke vorm? astma bronchitis COPD
- Bent u kortademig? Ja Nee
- Zijn uw klachten verholpen met medicatie? Ja Nee

19. Is er bij u een afwijking aan de schildklierfunctie vastgesteld? _____ Ja Nee

- Welke vorm? Versterkte functie Trage functie
- Word u hiervoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
- Bent u goed ingesteld? Ja Nee

20. Heeft u diabetes? _____ Ja, type 1 / type 2 Nee

- Gebruikt u insuline? Ja Nee
- Bent u vaak ontregeld? Ja, hypoglykemie Ja, hyperglykemie Nee

21. Bent u zonder dieet het laatste jaar meer dan 6 kg afgevallen bij een normale eetlust? _____ Ja Nee

22. Bent u bestraald of geopereerd aan een tumor aan uw hoofd en/of hals? _____ Ja Nee

- Wanneer was dit?.....

23. Is er ooit een infuus aangebracht wegens een carcinoom (= kwaadaardig gezwel)? _____ Ja Nee

- Wanneer was dit?

24. Lijdt u op dit moment, of in het verleden, aan:

- Chronische leverziekte? Ja Nee
- Darmaandoening met klachten van diarree? Ja Nee
- Chronische nierziekte waarvoor u dieet? Ja Nee
- Bloedarmoede? Ja Nee
- Lymfeklier- of bloedziekte? Ja Nee
- Een besmettelijke ziekte(bijv. HIV, Hepatitis B) Ja Nee

- Anders, namelijk.....

25. Heeft u ooit medische problemen gehad tijdens tandheelkundige behandelingen? _____ Ja Nee

- Aard van probleem:.....

26. Heeft u ooit medische problemen gehad bij gebruik van medicijnen? _____ Ja Nee

- Aard van het probleem:.....
- Bij welke medicijnen?.....

27. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of na medische materialen? _____ Ja Nee

Waarvoor bent u allergisch?.....

- Wordt de allergie met medicijnen behandeld? Ja Nee
- Is de allergie opgetreden bij verdoving? Ja Nee
- Is de allergie opgetreden bij antibiotica? Ja Nee
- Heeft u hooikoorts? Ja Nee

28. Bent u momenteel onder behandeling voor psychische problemen? _____ Ja Nee

- Waarvoor?.....
- Gebruikt u hiervoor medicijnen? Ja Nee

29. Bent u het laatste jaar onder behandeling geweest van Huisarts of specialist? _____ Ja Nee

- Wat is de aard van de klachten?.....
- Welke specialist?.....

30. Bent u momenteel zwanger? _____ Ja Nee

- Hoeveel weken?.....

30. Gebruikt u alcohol? _____ Ja Nee

- Wat drinkt u?.....
- Aantal:per dag week maand

31. Rookt u of heeft u gerookt? _____ Ja Nee

- Wat rookt u? sigaret sigaar pijp e-sigaret
- Hoeveel per dag?.....
- Gestopt sinds?.....
- Hoe lang heeft u gerookt?.....

32. Heeft u last van slaapapneu? _____ Ja Nee

33. Heeft u last van slechte adem? _____ Ja Nee

34. Leeft/werkt u veel onder stress? _____ Ja Nee

Wat is de oorzaak?

35. Wat zijn de verwachtingen m.b.t. de behandeling?

36. Heeft u nog opmerkingen?

Handtekening patiënt: _____

Datum:.....

e-mail:

Met tekenen gaat U er mee akkoord dat uw gegevens in een beveiligd patiëntendossier bewaard zullen worden en een kopie van deze gegevens naar het opgegeven e-mailadres en naar uw tandarts/mondhygiënist verstuurd zal worden.