

Datum:

Gegevens patiënt

m v

Achternaam:
Voornaam:
Adres:
Postcode:
Plaats:
Geboortedatum:
Beroep/functie:
Verzekeringsmaatschappij:
Aanvullende modules:
Polisnummer:
Telefoon privé:
Telefoon werk:
Telefoon mobiel:
BSN nummer:

Reden verwijzing / wens patiënt:

Gegevens artsen

Naam tandarts:
Adres:
Postcode/Plaats:
Telefoon:

Naam huisarts:
Adres:
Postcode/Plaats:
Telefoon:

Naam apotheek:
Adres:
Postcode/Plaats:
Telefoon:

Gezondheidsvragenlijst

1. Gebruikt u dagelijks medicijnen of heeft u deze ooit gebruikt?

Ja Nee

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> voor het hart | <input type="checkbox"/> tegen gewrichtspijnen of reuma |
| <input type="checkbox"/> tegen hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> prednison of andere corticosteroiden |
| <input type="checkbox"/> voor suikerziekte | <input type="checkbox"/> medicijnen tegen kanker of bloedziekten |
| <input type="checkbox"/> andere hormonen | <input type="checkbox"/> kalmerende middelen of slaaptabletten |
| <input type="checkbox"/> penicilline of antibiotica | <input type="checkbox"/> medicijnen tegen chronische bronchitis |
| <input type="checkbox"/> verdovende middelen, drugs | <input type="checkbox"/> voor bloedverdunding |
| <input type="checkbox"/> medicijnen tegen epilepsie | <input type="checkbox"/> andere medicijnen |
| <input type="checkbox"/> tegen botontkalking/osteoporose* (tabletform/injecties) * | |

Welke medicijnen gebruikt u? Graag medicatielijst bij uw apotheek opvragen en meenemen)

.....
dosering per

.....
dosering per

2. Heeft u de afgelopen weken nog antibioticum gebruikt?

Ja Nee

Zo ja, welke:

.....
.....
.....

3. Heeft u pijn op de borst of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?

Ja Nee

Zo ja:

- Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja Nee
- Heeft u ook klachten in rust? Ja Nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja Nee

4. Heeft u een hartinfarct gehad?

Ja Nee

Zo ja:

- Ondervindt u daarvan nog steeds klachten? Ja Nee
- Hebben zich na het hartinfarct complicaties voorgedaan? Ja Nee
- Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? Ja Nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker? Ja Nee

5. Is bij u een hartruis of hartklepgebrek vastgesteld?

Ja Nee

Zo ja:

- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja Nee
- Heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? Ja Nee

6. Heeft u acuut reuma gehad?

Ja Nee

7. Heeft u een kunstheup/kunsthartklep/vaatprothese? *

Ja Nee

Zo ja:

- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja Nee

8. Heeft u een hoge bloeddruk?

Ja Nee

Zo ja:

- Is uw bovendruk meestal 160 of hoger? Ja Nee
- Is uw onderdruk meestal 100 of hoger? Ja Nee

9. Heeft u last van hartzwakte?

Ja Nee

10. Heeft u een pacemaker/defibrillator (ICD)? *

Ja Nee

11. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?

Ja Nee

Zo ja:

Telefoonnummer trombosedienst:

Wat is uw INR-waarde?

12. Is bij u een afwijkende bloedingsneiging vastgesteld?

Ja Nee

- Gebruikt u aspirine? Ja Nee
- Bloedt u langer dan een uur na verwonding of ingrepen? Ja Nee
- Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? Ja Nee
- Heeft u of één van uw familieleden een bloedstollingsziekte? Ja Nee

* Doorstrepen wat niet van toepassing is

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

Zo ja:
Duurden de klachten korter dan 24 uur? Ja Nee
Heeft u de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? Ja Nee

14. Heeft u last van hyperventileren? Ja Nee

Zo ja:
Bent u ooit flauwgevallen tijdens medische behandelingen? Ja Nee

15. Heeft u problemen met uw astma/ bronchitis/COPD? Ja Nee

Zo ja:
Bent u kortademig? Ja Nee
Zijn uw klachten verholpen met uw medicatie? Ja Nee

16. Heeft u suikerziekte (type 1/2 *)? Ja Nee

Zo ja:
Gebruikt u insuline? Ja Nee
Bent u vaak onregelmatig (hypo/hyperglycemie*)? Ja Nee
Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten? Ja Nee

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

Zo ja:
Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Ja Nee
Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Ja Nee
Wordt u hiervoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
Bent u goed ingesteld? Ja Nee

18. Heeft u reuma? Ja Nee

Zo ja:
Welke vorm?
Zijn uw klachten verholpen met uw medicatie? Ja Nee

19. Heeft u epilepsie? Ja Nee

Zo ja:
Wisselt u regelmatig van medicijnen? Ja Nee
Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig last van aanvallen? Ja Nee

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

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

Zo ja, wanneer was dit?

22. Is er ooit een infuus aangebracht wegens een carcinoom? Ja Nee

Zo ja, wanneer was dit?

23. Lijdt u op dit moment, of heeft u in het verleden geleden aan:

Chronische leverziekte? Ja Nee
Darmaandoeningen met klachten van diarree? Ja Nee
Chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt? Ja Nee
Bloedarmoede? Ja Nee
Lymfeklier- of bloedziekte? Ja Nee
Een besmettelijke ziekte (bijv. Hepatitis B of C, HIV of (open) Tuberculose*)? Of anders: Ja Nee

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

Zo ja:
Waarvoor bent u allergisch?
Wordt u voor de allergie met medicijnen behandeld? Ja Nee
Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? Ja Nee
Is de allergie opgetreden na gebruik van penicilline of antibiotica? Ja Nee
Heeft u hooikoorts? Ja Nee

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

Zo ja:
Aard van de problemen:
Bij welke medicijnen?:

26. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens tandheelkundige behandelingen? Ja Nee

Zo ja, aard van de complicaties:

27. Bent u onder behandeling voor psychische problemen? Ja Nee

Zo ja:
Waarvoor?:
Gebruikt u hiervoor medicijnen? Ja Nee

28. Bent u het laatste jaar onder behandeling geweest van een huisarts of specialist? Ja Nee

Zo ja:
Aard van de klachten:
Welke specialist:

29. Bent u op dit moment zwanger? Ja Nee

Zo ja, hoeveel weken?

30. Gebruikt u alcohol? Ja Nee

Zo ja:
Wat drinkt u?
Hoeveelheid dagelijks/wekelijks/maandelijks*

31. Rookt u of heeft u gerookt? Ja Nee

Zo ja:
Wat rookt u? sigaret / pijp / sigaar / 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 een slechte adem? Ja Nee

34. Levensstijl

Leeft/werkt* u onder stressvolle omstandigheden? Ja Nee
Zo ja, wat is de oorzaak?

35. Wat zijn uw verwachtingen en/of wensen m.b.t. de behandeling?

.....
.....
.....

36. Heeft u nog opmerkingen?

.....
.....
.....

Handtekening patiënt:

Datum:
E-mail:

U gaat ermee akkoord, dat wij uw gegevens per e-mail versturen aan uw tandarts/mondhygiënist en dat u een kopie ontvangt op het opgegeven e-mailadres.

Aan u het verzoek eventuele veranderingen in bovenstaande aan ons door te geven.

* Doorstrepen wat niet van toepassing is