

Gezondheidsvragenlijst mondzorg

Volwassenen - Medisch geheim

Naam: Geboortedatum: - - man / vrouw Patiënt Code

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebrek 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 dat het meest van toepassing is (Nee of Ja).

Bent u onder behandeling bij een 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 u 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 leverziekten (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?
Gebruikt u alcohol?	Nee	Ja	-> hoeveel glazen per dag?
Vrouwen: Bent u zwanger en/of geeft u borstvoeding?	Nee	Ja	
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja	-> welke?
Gebruikt u medicijnen?	Nee	Ja	-> welke?

Datum

Handtekening