

Naam: \_\_\_\_\_ m/v

Geb datum \_\_\_\_\_

Patientnummer: \_\_\_\_\_

### GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Bruins, Haalboom & Koole

Goedgekeurd door de

Vereniging voor Medisch Tandheelkundige Interactie (VMTI)

**Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.**

- |     |  |                 |   |
|-----|--|-----------------|---|
| 1.  | Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?               | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wat? _____   |
| 2.  | Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?               | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, waarvoor? _____  |
| 3.  | Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?             | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, waarvoor? _____  |
| 4.  | Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?                              | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke ziekte? _____  |
| 5.  | Bent u ergens allergisch voor?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, waarvoor? _____  |
| 6.  | Heeft u een hartinfarct gehad?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wanneer? _____   |
| 7.  | Heeft u last van hartkloppingen?   | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 8.  | Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?                                     | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja wat is meestal uw bloeddruk?<br>onderdruk: _____ bovendruk: _____ |
| 9.  | Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?                 | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 10. | Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?                                  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 11. | Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?                                 | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 12. | Bent u bij inspanning snel kortademig?                                     | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 13. | Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?                           | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 14. | Heeft u een aangeboren hartafwijking?                                      | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 15. | Heeft u een pacemaker (of ICD)?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 16. | Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?                              | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 17. | Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 18. | Heeft u last van hyperventileren?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 19. | Heeft u epilepsie, vallende ziekte?  | <b>Ja / Nee</b> |   |
| 20. | Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?            | <b>Ja / Nee</b> |   |

**A.u.b. verdergaan op de tweede pagina**

- |   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| 21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?                                  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?<br>Ja / Nee |
| 22. Heeft u suikerziekte?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / nee                     |
| 23. Heeft u bloedarmoede?   | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?   | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 26. Heeft u een nierziekte?   | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 27. Heeft u chronische maagdarmklachten?  | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 28. Heeft u een aandoening van de schildklier?  | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?   | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke? _____                                      |
| 31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?   | <b>Ja / Nee</b> |  |
| 32. Rookt u?  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, hoeveel per dag? _____                            |
| 33. Gebruikt u alcohol?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, hoeveel glazen per week? _____                    |
| 34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?   | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke? _____                                      |
| 35. Vrouwen: bent u zwanger?  | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____                 |
| 36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?                                      | <b>Ja / Nee</b> | Zo ja, welke? _____                                      |
| 37. Gebruikt u momenteel medicijnen?  | <b>Ja / Nee</b> |  |

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:

---



---



---

Ruimte voor opmerkingen:

---



---

