

Naam:

Geboortedatum:

Een aantal aandoeningen en gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid 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) vragen schriftelijk te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met de tandarts of mondhygiënist.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord wat het meest van toepassing is (nee of ja).

1	Bent u onder behandeling bij huisarts of medisch specialist?	Nee	Ja	→ Waarvoor?
2	Bent u ergens allergisch voor?	Nee	Ja	→ Waarvoor?
3	Heeft u een hartinfarct gehad?	Nee	Ja	→ Wanneer?
4	Heeft u last van hartkloppingen?	Nee	Ja	
5	Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	Nee	Ja	→ Wat is uw bloeddruk? → Onderdruk: → Bovendruk:
6	Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	Nee	Ja	
7	Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	Nee	Ja	
8	Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep?	Nee	Ja	
9	Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee	Ja	
10	Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?	Nee	Ja	
11	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Nee	Ja	
12	Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	Nee	Ja	
13	Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	Nee	Ja	
14	Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee	Ja	
15	Heeft u suikerziekte?	Nee	Ja	→ Gebruikt u insuline? Ja / Nee
16	Heeft u bloedarmoede?	Nee	Ja	
17	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden / kiezen of na een operatie?	Nee	Ja	
18	Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekten(gehad)?	Nee	Ja	
19	Heeft u een nierziekte?	Nee	Ja	
20	Heeft u reuma en / of chronische gewrichtsklachten?	Nee	Ja	
21	Heeft u een kunstgewricht?	Nee	Ja	
22	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee	Ja	
23	Rookt u?	Nee	Ja	→ Hoeveel per dag?
24	Gebruikt u alcohol?	Nee	Ja	→ Hoeveel glazen per dag?
25	Vrouwen: Bent u zwanger en / of geeft u borstvoeding?	Nee	Ja	
26	Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja	→ Welke?
27	Gebruikt u medicijnen?	Nee	Ja	→ Welke?
28	Wie is uw huisarts?			→

Datum:

Handtekening