

TANDARTSENPRAKTIJK

OOSTZAAN

dr. Boomstraat 21a
1511 VC Oostzaan
075 684 2160

Belangrijk

(door tandarts in te vullen)

Gezondheidsvragenlijst

Een tandheelkundige behandeling kan gevolgen hebben voor uw gezondheid. Daarom is het van belang dat uw tandarts van uw gezondheidsachtergrond op de hoogte is. Deze lijst is vertrouwelijk en valt onder het medisch beroepsgeheim.

Na het invullen kunt u deze lijst bij uw eerste bezoek meenemen naar de praktijk.

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Geboortedatum _____

Email _____

| | Ja | Nee | |
|--|-----------|------------|--|
| 1. Bent u ergens allergisch voor? | 0 | 0 | Zo ja, waarvoor? _____ |
| 2. Heeft u een hartinfarct gehad? | 0 | 0 | Zo ja, wanneer? _____ |
| 3. Heeft u last van hartkloppingen? | 0 | 0 | |
| 4. Wordt u voor een hoge bloeddruk behandeld? | 0 | 0 | Zo ja, wat is uw bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk: _____ |
| 5. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? | 0 | 0 | |
| 6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? | 0 | 0 | |
| 7. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | 0 | 0 | |
| 8. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | 0 | 0 | |
| 9. Heeft u een pacemaker (of ICD)? | 0 | 0 | |
| 10. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | 0 | 0 | |
| 11. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | 0 | 0 | |
| 12. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | 0 | 0 | |
| 13. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | 0 | 0 | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee |
| 14. Heeft u suikerziekte? | 0 | 0 | Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / Nee |
| 15. Heeft u bloedarmoede? | 0 | 0 | |
| 16. Heeft u weleens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? | 0 | 0 | |
| 17. Heeft u geelzucht, of een andere leverziekte (gehad)? | 0 | 0 | |
| Heeft u hepatitis (gehad)? | 0 | 0 | |
| 18. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte | 0 | 0 | Zo ja, welke? _____ |
| 19. Heeft u een nierziekte? | 0 | 0 | |
| 20. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | 0 | 0 | |
| 21. Heeft u een kunstgewricht knie/heup? | 0 | 0 | |
| 22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | 0 | 0 | |
| 23. Rookt u? | 0 | 0 | Zo ja, hoeveel per dag? _____ |
| 24. Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag? | 0 | 0 | Zo ja, hoeveel glazen per dag? _____ |
| 25. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? | 0 | 0 | Zo ja, welke? _____ |
| 26. Vrouwen: Bent u zwanger? | 0 | 0 | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____ |

TANDARTSENPRAKTIJK OOSTZAAN

dr. Boomstraat 21a
1511 VC Oostzaan
075 684 2160

| | Ja | Nee | |
|--|----|-----|--|
| 27. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | 0 | 0 | Zo ja, welke ziekte/aandoening? _____ _____ |
| 28. Is er na uw laatste bezoek iets aan uw gezondheid veranderd? | 0 | 0 | Zo ja, wat? _____ |
| 29. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | 0 | 0 | Zo ja, waarvoor? _____ _____ |
| 30. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? | 0 | 0 | Zo ja, waarvoor? _____ |
| 31. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | 0 | 0 | _____ |
| 32. Heeft u last van neerslachtigheid/depressiviteit? | 0 | 0 | _____ |
| 33. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? | 0 | 0 | _____ |
| 34. Gebruikt u momenteel medicijnen? | 0 | 0 | Zo ja, welke? Vul hieronder uw medicijnen in _____ _____ _____ _____ |

Wie is uw huisarts?

Naam _____

Telefoonnummer _____

Deze lijst heb ik naar waarheid ingevuld

Datum _____

Naam _____

Handtekening _____