

Graag onderstaand formulier zo compleet mogelijk invullen en opsturen. U kunt het formulier opsturen per post of meenemen naar uw eerste afspraak. Graag uw oude gegevens inclusief röntgenfoto's opvragen bij de oude tandarts en deze op laten opsturen naar onze praktijk. Bij voorkeur ook per e-mail (Zorgmail!). Vul bij de volgende vragen Ja of Nee in. Heeft u bij de hoofdvraag Nee geantwoord, dan kunt u verder met de volgende hoofdvraag. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

		Ja	Nee
1	Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?		
1.1	Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?		
1.2	Nemen de klachten de laatste tijd toe?		
1.3	Hebt u ook klachten in rust?		
1.4	Hebt u ondanks bypass-operatie, Dotter-procedure of lasertherapie weer angina-pectoris gekregen?		
2	Hebt u een hartinfarct gehad?		
2.1	Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? .....		
2.2	Ondervindt u nog steeds klachten?		
2.3	Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?		
3	Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?		
4	Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?		
5	Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatooperatie ondergaan?		
5.1	Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?		
5.2	Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?		
6	Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?		
6.1	Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen?		
6.2	Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?		
7	Hebt u last van hartzwakte		
7.1	Hebt u 's avonds gezwollen voeten?		
7.2	Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?		
7.3	Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?		
7.4	Wordt u 's nachts kortademig wakker?		
8	Hebt u een hoge bloeddruk?		
8.1	Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?		
8.2	Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?		
8.3	Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?		
8.4	Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?		
9	Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?		
9.1	Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?		
9.2	Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?		
10	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?		
11	Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?		
11.1	Wisselt u regelmatig van medicijnen?		
11.2	Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?		
12	Hebt u last van hyperventileren?		
13	Hebt u astma?		
13.1	Hebt u daar nu last van?		
14	Hebt u slechte longen?		
14.1	Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?		
14.2	Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?		
14.3	Bent u kortademig bij het aankleden?		
15	Hebt u hooikoorts?		
16	Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?		
16.1	Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?		
16.2	Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?		
16.3	Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?		
16.4	Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?		
16.5	Waarvoor bent u allergisch? .....		



		Ja	Nee
17	Hebt u suikerziekte?		
17.1	Gebruikt u insuline?		
17.2	Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglykemie)?		
17.3	Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?		
18	Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?		
18.1	Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?		
18.2	Hebt u ondanks behandeling klachten?		
19	Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?		
19.1	Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?		
19.2	Hebt u ondanks behandeling klachten?		
20	Hebt u een leverziekte?		
20.1	Langer dan 6 maanden?		
20.2	Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?		
21	Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?		
21.1	Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling?		
22	Hebt u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?		
22.2	Hebt u langer dan 6 maanden diarree?		
23	Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?		
23.1	Welke? .....		
24	Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?		
25	Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?		
25.1	Welke? .....		
25.2	Wordt u hiervoor behandeld?		
25.3	Hebt u koorts in aanvallen?		
26	Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?		
26.1	Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?		
26.2	Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?		
27	Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?		
27.1	Was dit minder dan 5 jaar geleden?		
28	Gebruikt u op dit moment medicijnen?		
28.1	Voor het hart?		
28.2	Loopt u bij de trombosedienst?		
28.3	Tegen hoge bloeddruk?		
28.4	Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten)		
28.5	Voor suikerziekte?		
28.6	Prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?		
28.7	Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten?		
28.8	Penicilline of antibiotica?		
28.9	Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?		
28.10	Andere medicijnen? .....		
28.11	Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?		
28.12	Meer dan 5 alcoholische consumpties?		
29	Rookt u?		
29.1	Zo ja, hoeveel? .....		

Naam: .....

Datum: .....

Handtekening: .....