

Gezondheidsvragenlijst en persoonlijke gegevens

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen en leefgewoonten 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) erg belangrijk voor ons dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Wilt u s.v.p. het juiste antwoord omcirkelen?

- | | | | |
|----|--|----------|-----|
| 1. | Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris) | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Hebt u activiteiten moeten verminderen? | ja / nee | III |
| | Nemen de klachten de laatste tijd toe? | ja / nee | IV |
| | Hebt u ook klachten in rust? | ja / nee | IV |
| 2. | Hebt u een hartinfarct gehad? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Hebt u activiteiten moeten verminderen? | ja / nee | III |
| | Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? | ja / nee | IV |
| 3. | Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? | ja / nee | II |
| | Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep? | ja / nee | II |
| | Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? | ja / nee | II |
| | Hebt u activiteiten moeten verminderen? | ja / nee | III |
| 4. | Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? | ja / nee | III |
| | Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? | ja / nee | IV |
| 5. | Hebt u last van hartzwakte? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Wordt u bij platliggen kortademig? | ja / nee | III |
| | Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? | ja / nee | IV |
| 6. | Hebt u last van hyperventileren? | ja / nee | II |
| 7. | Bent u ooit flauw gevallen bij tandheelkundige of medische behandeling? | ja / nee | II |

- | | | | |
|-----|--|----------|-----|
| 8. | Hebt u een hoge bloeddruk? | ja / nee | II |
| | Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200? | ja / nee | III |
| | Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115? | ja / nee | III |
| | Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? | ja / nee | IV |
| | Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? | ja / nee | IV |
| 9. | Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? | ja / nee | III |
| | Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? | ja / nee | IV |
| 10. | Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Wisselt u regelmatig van medicijnen? | ja / nee | III |
| | Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? | ja / nee | IV |
| 11. | Hebt u astma? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Hebt u daar nu last van? | ja / nee | III |
| 12. | Hebt u slechte longen? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? | ja / nee | III |
| | Bent u kortademig bij het aankleden? | ja / nee | IV |
| 13. | Hebt u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis? | ja / nee | III |
| | Is de allergie opgetreden bij tandheelkundige behandeling? | ja / nee | IV |
| | Waarvoor bent u allergisch? | | |
| 14. | Hebt u suikerziekte? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Gebruikt u insuline? | ja / nee | II |
| | Bent u vaak "ontregeld" (hypoglycaemie)? | ja / nee | III |
| 15. | Lijdt u aan een schildklierziekte? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Is dit een vertraagde functie? | ja / nee | III |
| | Is dit een versterkte functie? | ja / nee | IV |
| 16. | Hebt u een leverziekte? | ja / nee | |
| | Zo ja, | | II |
| | Langer dan 6 maanden? | ja / nee | III |
| | Hebt u daarvoor medicijnen? | ja / nee | IV |

UMCG – Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde

17. **Hebt u een nierziekte waarvoor u dieet gebruikt?** ja / nee
Zo ja, II
Hebt u nierfunctie-vervangende behandeling? ja / nee III
Hebt u een niertransplantaat? ja / nee IV
18. **Lijdt u langer dan 6 maanden aan maag- darmklachten met ernstige vermagering?** ja / nee
Zo ja, II
19. **Hebt u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?** ja / nee
Zo ja, II
20. **Hebt u een kwaadaardige ziekte (gehad) of een bloedziekte?** ja / nee
Zo ja, II
Welke?
Bent u onder behandeling? ja / nee III
Bent u bestraald voor een tumor aan hoofd of hals? Zo ja, ja / nee IV
Wanneer?
21. **Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?** ja / nee
Zo ja, II
Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? ja / nee III
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? ja / nee IV
22. **Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?** ja / nee
Zo ja, II
Welke
23. **Hebt u voor tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?** ja / nee
Zo ja, II
24. **Bent u zwanger?** ja / nee
Zo ja, II
Hoe lang?
25. **Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?** II
Zo ja, II
- voor het hart? ja / nee
- loopt u bij de trombosedienst? ja / nee
- tegen hoge bloeddruk? ja / nee
- aspirine of andere pijnstillers? ja / nee
- voor suikerziekte? ja / nee
- prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen? ja / nee
- medicijnen tegen kanker of bloedziekten? ja / nee
- penicilline of antibiotica? ja / nee
- kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen? ja / nee
- andere medicijnen? ja / nee
Welke?

UMCG – Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde

26. **Rookt u?** ja / nee
27. **Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?** ja / nee
28. **Gebruikt u verdovende middelen of drugs?** ja / nee
29. **Heeft u last van een vieze adem of smaak?** ja / nee
30. **Heeft u een ziekte of medisch probleem waar hier boven niet naar is gevraagd?** ja / nee

Zo ja:

Naam + voorletters : _____ M / V

Straat : _____

Postcode + plaats : _____

Geb.datum : _____ Beroep: _____

Tel.privé : _____ Tel.werk: _____

Tel.mobiel : _____ E-mail: _____

Verzekeraar + Inschrijf.nr : _____ BSNnummer : _____

Tandarts : _____ Plaats: _____

Huisarts : _____ Specialist: _____

Naar waarheid ingevuld op: _____ Plaats: _____

Handtekening : _____

Reden van inschrijving:

LET OP:
Indien in bovenstaande gegevens veranderingen optreden, dient u ons hiervan op de hoogte te stellen!