

Gezondheidsvragenlijst volwassenen

Naam: _____ **geboortedatum:** _____ **man / vrouw**

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist?

- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik.
- Als u ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw tandarts hier rekening mee houdt.

Informeer uw tandarts altijd als er iets is gewijzigd in uw gezondheid of medicijngebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld. Neem bij elk bezoek aan uw tandarts een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

Omcirkel het juiste antwoord

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Nee Ja

Indien Ja wat? _____

Bent u ergens allergisch voor? Nee Ja

Indien Ja waarvoor: _____

Heeft u een hartinfarct gehad? Nee Ja

Indien Ja wanneer: _____

Heeft u last van hartkloppingen? Nee Ja

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Nee Ja

Indien Ja: Onderdruk: _____ bovendruk: _____

Heeft u pijn op de borst bij inspanning? Nee Ja

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Nee Ja

Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? Nee Ja

Heeft u een aangeboren hartafwijking? Nee Ja

Hebt u wel eens endocarditis doorgemaakt? Nee Ja

Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Nee Ja

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische
Behandeling? Nee Ja

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Nee Ja

Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte
(of TIA) gehad? Nee Ja

Naam: _____ **geboortedatum:** _____ **man / vrouw**

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee	Ja
Heeft u suikerziekte?	Nee	Ja
Heeft u bloedarmoede?	Nee	Ja
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen na een of na een operatie?	Nee	Ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	Nee	Ja
Heeft u een nierziekte?	Nee	Ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee	Ja
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee	Ja
Rookt u?	Nee	Ja > hoeveel per dag? _____
Vrouwen: bent u zwanger?	Nee	Ja
Vrouwen: geeft u borstvoeding?	Nee	Ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja
Indien Ja welke: _____		
Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een biosfosfonaat of denosumab?)	Nee	Ja
Indien Ja welke: _____		
Gebruikt u Medicijnen?	Nee	Ja
Indien Ja welke: _____		

Datum: _____ **Handtekening:** _____