

# Gezondheids vragenlijst

---

Naam: .....

Man/Vrouw

Geboortedatum: .....

Datum: .....

Een aantal ziekten, afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgmaatregelen. 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 schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Zet a.u.b. een streep door de antwoorden dat bij de volgende vragen niet van belang zijn. (Ja of Nee)

---

Bent u onder behandeling bij huisarts of medisch specialist? [ Ja / Nee ]

Waarvoor?

---

Bent u ergens allergisch voor? [ Ja / Nee ]

Waarvoor?

---

Heeft u een hartinfarct gehad? [ Ja / Nee ]

Wanneer?

---

Heeft u last van hartkloppingen? [ Ja / Nee ]

Weet u waarom?

---

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? [ Ja / Nee ]

## Onderdruk/Bovendruk?

---

Heeft u pijn op de borst bij inspanning? [ Ja / Nee ]

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? [ Ja / Nee ]

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? [ Ja / Nee ]

Heeft u een aangeboren hartafwijking? [ Ja / Nee ]

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

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige,  
of medische behandeling? [ Ja / Nee ]

Heeft u epilepsie, of een vallende ziekte? [ Ja / Nee ]

Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte/TIA gehad? [ Ja / Nee ]

Heeft u last van longklachten zoals astma,  
bronchitis of chronische hoest? [ Ja / Nee ]

Heeft u suikerziekte? [ Ja / Nee ]      Indien wel, gebruikt u insuline? [ Ja / Nee ]

Heeft u bloedarmoede? [ Ja / Nee ]

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen  
of na een operatie? [ Ja / Nee ]

Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (of gehad)? [ Ja / Nee ]

Heeft u een nierziekte? [ Ja / Nee ]

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? [ Ja / Nee ]

Heeft u een kunstgewricht? [ Ja / Nee ]

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? [ Ja / Nee ]

Rookt u? [ Ja / Nee ]

Indien wel hoeveel?

---

Gebruikt u alcohol? [ Ja / Nee ]

Indien wel hoe vaak?

---

(Vrouwen) Bent u zwanger en/of geeft u borstvoeding? [ Ja / Nee ]

Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar gevraagd is? [ Ja / Nee ]

Indien wel, welke?

---

Gebruikt u medicijnen? [ Ja / Nee ]

Welke?

---

Handtekening: .....