

Naam: _____ Dhr. / Mevr. _____ Geboortedatum: _____

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist?

- Klachten in de mond kunnen worden veroorzaakt 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 en mondhygiënist hier rekening mee houden.

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

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Ja of nee).

- | | |
|--|----------|
| 1. Is er afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?
Zo ja, wat?
_____ | Ja / Nee |
| 2. Bent u ergens allergisch voor?
Zo ja, waarvoor?
_____ | Ja / Nee |
| 3. Heeft u weleens een hartinfarct gehad?
Zo ja, wanneer?
_____ | Ja / Nee |
| 4. Heeft u last van hartkloppingen? | Ja / Nee |
| 5. Wordt u voor een hoge bloeddruk behandeld?
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?
Onderdruk: _____ Bovendruk: _____ | Ja / Nee |
| 6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning? | Ja / Nee |
| 7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? | Ja / Nee |
| 8. Heeft u een hartkleptgebrek of kunsthartklep? | Ja / Nee |
| 9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Ja / Nee |
| 10. Heeft u wel eens endocarditis (ontsteking van het hart) doorgemaakt? | Ja / Nee |
| 11. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? | Ja / Nee |
| 12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Ja / Nee |
| 13. Heeft u epilepsie (vallende ziekte)? | Ja / Nee |

14. Heeft u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? Ja / Nee
15. Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee
16. Heeft u suikerziekte?
Zo ja, gebruikt u insuline?

Ja / Nee
17. Heeft u bloedarmoede? Ja / Nee
18. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen
of na een operatie? Ja / Nee
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja / Nee
20. Heeft u een nierziekte? Ja / Nee
21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / Nee
22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Ja / Nee
23. Rookt u?
Zo ja, hoeveel per dag?

Ja / Nee
24. Vrouwen: bent u zwanger? Ja / Nee
25. Vrouwen: geeft u borstvoeding? Ja / Nee
26. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd?
Zo ja, welke?

Ja / Nee
27. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking
(een bisfosfonaat of denosumab)
Zo ja, welk middel? tabletten of injectie/infuus

Ja / Nee
28. Gebruikt u medicijnen?
Zo ja, welke? (Tevens medicatieoverzicht opvragen bij uw apotheker.)

Ja / Nee

Opmerkingen:

Plaats: _____ **Naam:** _____

Datum: _____ **Handtekening:** _____