

Gezondheidsvragenlijst Tandartspraktijk Stammen

Naam:

Geboortedatum:

Naam huisarts:

Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee. Indien u de dikgedrukte vraag met “nee” beantwoordt, kunt u direct verder gaan met de volgende dikgedrukte vraag. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris) ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 1.1 Hebt u activiteiten moeten verminderen ? | Ja / Nee |
| 1.2 Hebt u ook klachten in rust ? | Ja / Nee |
| 1.3 Zijn uw klachten recentelijk toegenomen ? | Ja / Nee |
| 2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 2.1 Hebt u uw activiteiten moeten verminderen ? | Ja / Nee |
| 2.2 Hebt u in de <u>laatste zes maanden</u> een hartinfarct gehad ? | Ja / Nee |
| 3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek of een kunsthartklep of een pacemaker of hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 3.1 Hebt u bij tandheelkundige ingrepen antibiotica nodig ? | Ja / Nee |
| 3.2 Hebt u uw activiteiten moeten verminderen ? | Ja / Nee |
| 4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 4.1 Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen ? | Ja / Nee |
| 4.2 Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen ? | Ja / Nee |
| 5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen) ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 5.1 Wordt u bij platliggen kortademig ? | Ja / Nee |
| 5.2 Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders kortademig wordt ? | Ja / Nee |
| 6. Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 6.1 Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200 ? | Ja / Nee |
| 6.2 Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115 ? | Ja / Nee |
| 6.3 Is uw bovendruk meestal 200 of hoger ? | Ja / Nee |
| 6.4 Is uw onderdruk meestal 115 of hoger ? | Ja / Nee |
| 7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 7.1 Bloedt u langer dan één uur na verwondingen of ingrepen ? | Ja / Nee |
| 7.2 Krijgt u zonder stoten blauwe plekken ? | Ja / Nee |
| 8. Hebt u ooit verlammingen (beroerte of TIA) of spraakstoornissen gehad ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 8.1 Hebt u nu tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan ? | Ja / Nee |
| 8.2 Hebt u de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad ? | Ja / Nee |
| 9. Hebt u epilepsie ? Zo ja, | Ja / Nee |
| 9.1 Voelt u een aanval aankomen ? | Ja / Nee |
| 9.2 Wisselt u regelmatig van medicijnen ? | Ja / Nee |
| 9.3 Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen ? | Ja / Nee |

- 10. Hebt u astma ? Zo ja,** **Ja / Nee**
10.1 Hebt u daar nu last van ? *Ja / Nee*
- 11. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend ? Zo ja,** **Ja / Nee**
11.1 Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer twintig treden ? *Ja / Nee*
11.2 Bent u kortademig bij het aankleden ? *Ja / Nee*
- 12. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige of medische materialen of iets anders ? Zo ja,** **Ja / Nee**
12.1 Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis ? *Ja / Nee*
12.2 Was het bij uw tandarts ? Zo ja, Waarvoor bent u allergisch ?..... *Ja / Nee*
- 13. Hebt u suikerziekte ? Zo ja,** **Ja / Nee**
13.1 Gebruikt u insuline ? *Ja / Nee*
13.2 Voelt u een hypo aankomen ? *Ja / Nee*
13.3 Bent u vaak ontregeld (hypo-hyperglykemie) ? *Ja / Nee*
- 14. Hebt u een schildklierziekte ? Zo ja,** **Ja / Nee**
14.1 Is dit een vertraagde functie ? *Ja / Nee*
14.2 Is dit een versterkte functie ? *Ja / Nee*
- 15. Hebt u nu een leverziekte of hebt u deze in het verleden gehad ? Zo ja,** **Ja / Nee**
15.1 Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen ? *Ja / Nee*
15.2 Hebt u daarvoor een levertransplantaat ? *Ja / Nee*
- 16. Hebt u een nierziekte ? Zo ja,** **Ja / Nee**
16.1 Ondergaat u een nierfunctie-vervangende behandeling (dialyse) ? *Ja / Nee*
16.2 Hebt u een niertransplantaat ? *Ja / Nee*
- 17. Hebt u nu of hebt u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor) of bloedziekte gehad ? Zo ja,** **Ja / Nee**
17.1 Welke ?
.....
17.2 Bent u onder behandeling ? *Ja / Nee*
17.3 Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan het hoofd of de hals ? Zo ja, Wanneer ? *Ja / Nee*
.....
- 18. Hebt u last van hyperventileren ?** **Ja / Nee**
- 19. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling ?** **Ja / Nee**
- 20. Hebt u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig) ?** **Ja / Nee**
- 21. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte ? Zo ja,** **Ja / Nee**
21.1 Hebt u momenteel Hepatitis A ? *Ja / Nee*
21.2 Hebt u momenteel Hepatitis B ? *Ja / Nee*
21.3 Hebt u momenteel Hepatitis C ? *Ja / Nee*
21.4 Hebt u momenteel HIV ? *Ja / Nee*
21.5 Hebt u momenteel tuberculose ? *Ja / Nee*
21.6 Andere besmettelijke ziekte ?..... *Ja / Nee*
- 22. Hebt u een auto-immuunziekte, bijv. Sjögren, SLE, MS ? Zo ja,** **Ja / Nee**
22.1 Welke ?
.....

- 23. Hebt u autisme, ADHD of een andere psychiatrische ziekte ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 23.1 Welke ?.....
- 24. Hebt u een eetstoornis zoals anorexia of boulimia nervosa ?** **Ja / Nee**
- 25. Rookt u ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 25.1 Hoeveel sigaretten/sigaren/shag per dag ?.....
- 26. Gebruikt u weleens drugs ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 26.1 Welke drugs ?.....
- 27. Gebruikt u dagelijks alcohol ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 27.1 Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag ? *Ja / Nee*
- 28. Alleen voor vrouwen: bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 28.1 Hoeveel weken ?.....
- 29. Gebruikt u medicatie tegen botontkalking (bisfosfonaten) of heeft u deze ooit gebruikt ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 29.1 Welke ?.....
- 30. Heeft u een ziekte waar niet naar is gevraagd ? Zo ja,** **Ja / Nee**
 30.1 Welke ?.....
- 31. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht ? Zo ja,** **Ja / Nee**
- 31.1 voor het hart? *Ja / Nee*
- 31.2 loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdünnende middelen ? *Ja / Nee*
- 31.3 tegen hoge bloeddruk? *Ja / Nee*
- 31.4 aspirine of andere pijnstillers ? *Ja / Nee*
- 31.5 tegen suikerziekte ? *Ja / Nee*
- 31.6 tegen een allergie ? *Ja / Nee*
- 31.7 prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen ? *Ja / Nee*
- 31.8 tegen huid-, darm-, of reumatische ziekten ? *Ja / Nee*
- 31.9 medicijnen tegen kanker of bloedziekten ? *Ja / Nee*
- 31.10 penicilline of antibiotica ? *Ja / Nee*
- 31.11 kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen ? *Ja / Nee*
- 31.12 tegen longziekten ? *Ja / Nee*
- 31.13 tegen HIV ? *Ja / Nee*
- 31.14 anticonceptiepil ? *Ja / Nee*
- 31.15 vitaminen of voedingssupplementen ? *Ja / Nee*
- 31.16 andere medicijnen ? *Ja / Nee*
- 31.17 namen van de medicijnen en dosis ?..... *Ja / Nee*

Heeft u een medicatielijst van de apotheek dan kunt u deze bijvoegen. Anders kunt u de medicijnen op de achterkant van dit blad zetten. Graag aantal mg en hoe vaak per dag noteren.

Controleer s.v.p. of de bovenstaande gezondheidsvragenlijst correct is ingevuld. Indien akkoord, plaats dan uw handtekening. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

Door ondertekening geeft u ons toestemming om contact op te nemen met uw huisarts of apotheek.

U kunt deze toestemming te allen tijde bespreekbaar maken of intrekken.

Datum:

Handtekening:

