

Gezondheidsvragenlijst Volwassenen

Naam : _____

Man / Vrouw : _____

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Emailadres : _____

Telefoonnummer : _____

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 uw medicijn gebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld.
- Neem bij elk bezoek aan uw tandarts een recent medicatie overzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

Graag onderstaande vragen beantwoorden (doorhalen wat niet van toepassing is).

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	Nee Ja zo ja, wat?
Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?	Nee Ja zo ja, waarvoor? -----
Bent u ergens allergisch voor?	Nee Ja zo ja, waarvoor? -----
Heeft u een hartinfarct gehad?	Nee Ja zo ja, wanneer? -----
Heeft u last van hartkloppingen?	Nee Ja
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	Nee 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 een kunsthartklep?	Nee Ja
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee Ja
Hebt u wel eens een 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
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee Ja
Heeft u suikerziekte?	Nee Ja → Insuline Ja/Nee
Heeft u bloedarmoede?	Nee Ja
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen 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?

Drinkt u alcohol?	Nee Ja → Hoeveel per dag?

Gebruikt u drugs?	Nee Ja → Welke?

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 → Welke?

Gebruikt u medicijnen?	Nee Ja → Welke?

(Graag een recent medicatieoverzicht van uw apotheker toevoegen/meezenden)	

Datum : _____

Naam : _____

Handtekening : _____