



Datum: _____

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

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 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.

Achternaam: _____ Voorletters: _____

Voornaam: _____ m v

Geboortedatum: _____ BSN (sofi-nr.): _____

Straat en huisnummer: _____ Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

1. Bent u ergens allergisch voor? Ja Nee
waarvoor: _____
2. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja Nee
wanneer: _____
3. Heeft u last van hartkloppingen? Ja Nee
4. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja Nee
wat is uw bloeddruk? onderdruk: _____ bovendruk: _____
5. Heeft u pijn op de borst bij inspanning? Ja Nee
6. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Ja Nee
7. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? Ja Nee
8. Heeft u een aangeboren hartafwijking? Ja Nee
9. Heeft u wel eens een endocarditis doorgemaakt? Ja Nee
10. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Ja Nee
11. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling Ja Nee



12. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja Nee
13. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja Nee
14. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Ja Nee
15. Heeft u suikerziekte?
gebruikt u insuline? Ja Nee
 Ja Nee
16. Heeft u bloedarmoede? Ja Nee
17. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad
na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? Ja Nee
18. Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte gehad? Ja Nee
19. Heeft u een nierziekte? Ja Nee
20. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja Nee
21. Heeft u een kunstgewricht? Ja Nee
22. Bent u bestraald vanwege een tumor in het hoofd of hals gebied? Ja Nee
23. Rookt u? Ja Nee hoeveel per dag? _____
24. Gebruikt u alcohol? Ja Nee
25. Vrouwen: bent u zwanger? Ja Nee hoeveel weken? _____
26. Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar gevraagd is? Ja Nee
welke: _____
27. Gebruikt u medicijnen? Ja Nee
welke: _____

Met mijn handtekening geef ik aan dat ik deze vragenlijst naar waarheid heb ingevuld.

Handtekening