

Gezondheidsvragenlijst Volwassenen Tandartspraktijk Verhagen

Achternaam en voorletters		Roepnaam	
Geboortedatum			
Adres			
PC-woonplaats			
Telefoon thuis		Telefoon mobiel	06-
Email			
Huisarts			

Aan de hand van dit anamneseformulier wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen, die uw mondgezondheid kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandeling of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Aan de hand van de vragenlijst kan de behandelaar het medisch risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling.

Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden uiteraard strikt vertrouwelijk behandeld.

Omcirkel bij de volgende vragen **het antwoord** dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	JA	NEE	Zo ja, wat?
Bent u onder behandeling bij huisarts of medisch specialist?	JA	NEE	Zo ja, waarvoor?
Bent u ergens allergisch voor?	JA	NEE	Zo ja, waarvoor?
Heeft u een hartinfarct gehad?	JA	NEE	Zo ja, wanneer?
Heeft u last van hartkloppingen?	JA	NEE	
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	JA	NEE	
Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?	JA	NEE	
Wordt u kortademig als u achterover 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	
Gebruikt u bloedverduunners?	JA	NEE	Zo ja, welke?
Gebruikt u middelen tegen botontkalking?	JA	NEE	Zo ja, welke?
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	JA	NEE	
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	JA	NEE	
Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?	JA	NEE	
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	JA	NEE	
Heeft u suikerziekte?	JA	NEE	Zo ja, gebruikt u <input type="radio"/> insuline <input type="radio"/> tabletten <input type="radio"/> dieet
Heeft u bloedarmoede?	JA	NEE	
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	JA	NEE	

Ga verder op de volgende pagina / achterkant

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	JA	NEE	
Heeft u een nierziekte?	JA	NEE	
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	JA	NEE	
Heeft u een kunstgewricht?	JA	NEE	Zo ja, wanneer is deze prothese geplaatst?
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	JA	NEE	
Rookt u?	JA	NEE	
Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	JA	NEE	Zo ja, welke?
Vrouwen: bent u zwanger?	JA	NEE	Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?
Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	JA	NEE	Toelichting
Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja, vermeld welke medicijnen u gebruikt.	JA	NEE	Wij ontvangen graag een lijst van uw apotheek

Enkele aanvullende vragen over uw poetsgedrag en mondhygiëne

Poetst u dagelijks	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2x	<input type="radio"/> 3x	<input type="radio"/> ik poets niet dagelijks	
Poetst u	<input type="radio"/> elektrisch	<input type="radio"/> met de hand			
Reinigt u de ruimtes tussen uw tanden en kiezen dagelijks met	<input type="radio"/> Floss	<input type="radio"/> Stokers	<input type="radio"/> Ragers	<input type="radio"/> Niet	<input type="radio"/> Niet dagelijks
Heeft u last van bloedend tandvlees?	JA	NEE	Zo ja, wanneer?		

Onderstaande vragen kunnen ons helpen onze behandeling beter op uw wensen aan te passen

Bent u (of was u recent) onder behandeling bij een psycholoog of psychiater?"	JA	NEE	
Heeft u AD(H)D ?	JA	NEE	
Heeft u een vorm van autisme?	JA	NEE	
Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	JA	NEE	

Heeft u verder iets te melden waarvan u denkt dat dit belangrijk is voor uw tandarts dan kan dit hieronder

Datum _____

Handtekening _____