

Gezondheidsvragenlijst voor volwassenen

Land van Axel Mondzorg

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts?

- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik.
- Als u ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor een 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 medicijngebruik

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Kruis bij de volgende vragen het antwoord aan wat het meeste van toepassing is. Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

- | | | |
|--|---------|-------------------------------------|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? | Nee/ Ja | Zo ja, wat? _____ |
| 2. Bent u ergens allergisch voor? | Nee/ Ja | Zo ja, waarvoor? _____ |
| 3. Heeft u wel eens een hartinfarct gehad? | Nee/ Ja | Zo ja, wanneer? _____ |
| 4. Heeft u last van hartkloppingen? | Nee/ Ja | |
| 5. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | Nee/ Ja | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? |
| 6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning? | Nee/ Ja | Bovendruk: _____ Onderdruk: _____ |
| 7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? | Nee/ Ja | |
| 8. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? | Nee/ Ja | |
| 9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Nee/ Ja | |
| 10. Heeft u wel eens endocarditis doorgemaakt? | Nee/ Ja | |
| 11. Heeft u een pacemaker of neurostimulator? | Nee/ Ja | |
| 12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Nee/ Ja | |
| 13. Heeft u epilepsie? | Nee/ Ja | |
| 14. Heeft u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? | Nee/ Ja | |

15. Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee/ Ja	
16. Heeft u suikerziekte?	Nee/ Ja	Zo ja, gebruikt u insuline? Ja/ Nee
17. Heeft u bloedarmoede?	Nee/ Ja	
18. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen of operatie?	Nee/ Ja	
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Nee/ Ja	
20. Heeft u een nierziekte?	Nee/ Ja	
21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee/ Ja	
22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee/ Ja	
23. Rookt u?	Nee/ Ja	Zo ja, hoeveel per dag? _____
24. Drinkt u?	Nee/ Ja	Zo ja, hoeveel per dag? _____
25. Vrouwen: bent u zwanger?	Nee/ Ja	
26. Vrouwen: geeft u borstvoeding?	Nee/ Ja	
27. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd?	Nee/ Ja	Zo ja, welke? _____
28. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bisfosfonaat of denosumab)	Nee/ Ja	Zo ja, welk middel? _____
29. Gebruikt u medicijnen?	Nee/ Ja	Zo ja, graag medicatie overzicht opvragen bij uw apotheek

Opmerkingen

Datum: _____

Handtekening: _____