



Praktijk voor Mondhygiëne

Aagje van den Heuvel

Parelhoenstraat 44

3815 AG Amersfoort

033 - 88 700 98

Gezondheidsvragenlijst en persoonlijke gegevens

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en bepaalde leefgewoonten kunnen de gezondheid van uw mond (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus – in uw belang – erg belangrijk voor mij hiervan op de hoogte te zijn en eventuele risico's goed te kunnen inschatten. Door het volledig invullen van de onderstaande vragenlijst die is gebaseerd op het EMRRH-systeem (European Medical Risk Related History) verschaft u mij daarvoor de benodigde informatie. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

VUL HIER UW GEGEVENS IN	
Achternaam	
Voornaam	
Geslacht	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
Straat	
Huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
E-mailadres	
Geboortedatum	
Burgerservicenummer	
Telefoonnummer privé	
Mobiel	
Naam zorgverzekeraar	
Naam tandarts	
Naam huisarts	

1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?	Ja	Nee
a. Zo ja, hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	Ja	Nee
b. Zo ja, hebt u pijn op de borst in rust?	Ja	Nee
c. Zo ja, zijn uw klachten sinds kort toegenomen?	Ja	Nee
2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad?	Ja	Nee
a. Zo ja, hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	Ja	Nee
b. Zo ja, hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	Ja	Nee
3. Hebt u een hartruis of hartklapgebrek?	Ja	Nee
a. Hebt u een kunsthartklep	Ja	Nee
b. Hebt u korter dan 6 mnd geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?	Ja	Nee
c. Hebt u een pacemaker?	Ja	Nee
d. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	Ja	Nee
4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	Ja	Nee
a. Zo ja, moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?	Ja	Nee
b. Zo ja, wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	Ja	Nee
5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)?	Ja	Nee
a. Zo ja, wordt u bij platliggen kortademig	Ja	Nee
b. Zo ja, slaapt u dan met meer dan twee kussens?	Ja	Nee
6. Wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk?	Ja	Nee
a. Zo ja, gebruikt u medicijnen tegen hoge bloeddruk?	Ja	Nee
7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	Ja	Nee
a. Zo ja, bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	Ja	Nee
b. Zo ja, krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	Ja	Nee
8. Hebt u epilepsie?	Ja	Nee
a. Zo ja, wisselt u vaak van medicijnen?	Ja	Nee
b. Zo ja, hebt u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	Ja	Nee
9. Hebt u Astma?	Ja	Nee
a. Zo ja, gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalaties?	Ja	Nee
b. Zo ja, bent u snel kortademig?	Ja	Nee
10. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend?	Ja	Nee
a. Bent u bij traplopen kortademig na ongeveer 20 treden?	Ja	Nee
b. Bent u kortademig bij het aankleden?	Ja	Nee
11. Hebt u ooit een allergische reactie gehad?	Ja	Nee
a. Op penicilline, aspirine of andere medicijnen?	Ja	Nee
b. Latex (handschoenen) of tandheelkundige materialen?	Ja	Nee
c. Medische materialen of iets anders?	Ja	Nee
d. Bezocht u tijdens zo'n reactie een arts of ziekenhuis?	Ja	Nee
e. Trad de reactie op na een plaatselijke verdoving?	Ja	Nee

f. Trad de allergische reactie op bij de tandarts? g. Waarvoor bent u allergisch?	Ja	Nee
12. Hebt u suikerziekte? a. Zo ja, gebruikt u insuline? b. Zo ja, bent u vaak "ontregeld" (hypoglykemie of hyperglykemie)?	Ja Ja Ja	Nee Nee Nee
13. Hebt u een schildklierziekte? a. Zo ja, is dit een vertraagde functie? b. Zo ja, is dit een versterkte functie?	Ja Ja Ja	Nee Nee Nee
14. Hebt u een leverziekte of die in het verleden gehad? a. Zo ja, hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?	Ja Ja	Nee Nee
15. Hebt u een nierziekte? a. Zo ja, hebt u een nierfuctie vervangende behandeling (dialyse)? b. Zo ja, hebt u een niertransplantatie?	Ja Ja Ja	Nee Nee Nee
16. Hebt u een kwaadaardige ziekte (tumor) of bloedziekte of die gehad? a. Zo ja welke? b. Zo ja, bent u nu onder behandeling? c. Zo ja, bent bestraald voor een tumor in hoofd of hals? d. Als u aan hoofd of hals bent bestraald, wanneer?	Ja Ja Ja	Nee Nee Nee
17. Hebt u last van hyperventileren?	Ja	Nee
18. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja	Nee
19. hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?	Ja	Nee
20. Gebruikt u op dit moment medicijnen (op recept of zelf gekocht)? a. Voor het hart: b. Tegen hoge bloeddruk: c. Bloedverdunners: d. Nb. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? e. Aspirine of andere pijnstillers: f. Voor allergie: g. Voor suikerziekte: h. Prednison of corticosteroïden: i. Andere afweerremmende middelen: j. Tegen huidziekten: k. Tegen darmziekten: l. Tegen reumatische ziekten:	Ja	nee

m. Penicilline of een ander antibioticum: n. Kalmerende middelen of slaaptabletten: o. Tegen kanker of bloedziekten: p. Antidepressiva of verdovende middelen: q. Tegen botontkalking (bv clopidogrel, plavix, bisphosphonaten) r. Andere medicijnen:		
21. Bent u zwanger of bestaat de mogelijkheid dat u dat bent?	Ja	Nee
22. Hebt u een besmettelijke ziekte?	Ja	Nee
23. Bent u onder behandeling van een arts, specialist, psycholoog of psychiater?	Ja	Nee
24. Lijdt u aan stress?	Ja	Nee
25. Bent u oververmoeid of hebt u een verminderde weerstand?	Ja	Nee
26. Hebt u in het verleden drugs gebruikt of gebruikt drugs?	Ja	Nee
27. Drinkt u gemiddeld meer dan 2 glazen alcohol per dag?	Ja	Nee
28. Rookt u? a. Zo ja, hoeveel per dag?	Ja	Nee
29. Bent u een tandenknarser of klemt u de kaken of elkaar? a. Zo ja, draagt u hiervoor een tijdens de nacht een splint?	Ja Ja	nee nee
30. Komt ernstige tandvleesontstekingen (parodontitis) in uw familie voor?	Ja	Nee
31. Hebt u last van een slechte adem of vieze smaak?	Ja	Nee
32. Hebt u een kunstgewricht?	Ja	Nee
33. hebt u nog een andere ziekte of medisch probleem waar niet naar is gevraagd en waarvan u denkt dat dat belangrijk voor ons kan zijn om te weten? a. Zo ja, welke ziekte of medisch probleem is dit?	Ja	Nee

LET OP
INDIEN IN BOVENSTAANDE GEGEVENS WIJZIGINGEN OPTREDEN, DIENT U
MIJ DAAR DIRECT VAN OP DE HOOGTE TE STELLEN.

Ik heb de vragen lijst naar waarheid ingevuld

Handtekening

Datum