

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

—

Naam :
Adres :
Postcode/woonpl. :
Telefoonnr. :
Huisarts :
Verzekering :

—

Uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragen op dit formulier te beantwoorden?

Afhankelijk van uw antwoord kunt u **JA** of **NEE** omcirkelen.

INDIEN HET ANTWOORD OP DE DIK GEDRUKTE VRAAG "NEE" IS, DAN KUNT U DIRECT DOOR NAAR DE VOLGENDE DIK GEDRUKTE VRAAG.

Als u iets niet begrijpt, vraag dan uw tandarts om uitleg.

—

Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?	JA	NEE
- Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	ja	nee
- Heeft u ook klachten in rust?	ja	nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe?	ja	nee
Heeft u een hartinfarct gehad?	JA	NEE
- Ondervindt u daarvan nog steeds klachten?	ja	nee
- Hebben zich na het hartinfarct complicaties voorgedaan?	ja	nee
- Heeft u een hartinfarct in de laatste 6 maanden gehad?	ja	nee
Heeft u een acuut reuma gehad?	JA	NEE
Is bij u een hartgeruis of een hartklepgebrek vastgesteld?	JA	NEE
- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	ja	nee
- Heeft u klachten ten gevolge van een hartklepgebrek?	ja	nee
Heeft u een kunstgewricht of vaatprothese?	JA	NEE
- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	ja	nee
Heeft u een hartoperatie ondergaan?	JA	NEE
- Was dit een "bypass" operatie?	ja	nee
- Heeft u na deze operatie klachten gehouden?	ja	nee
- Heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden?	ja	nee
- Bent u aan een hartklepgebrek geopereerd?	ja	nee
- Heeft u een kunstklep gekregen?	ja	nee
- Heeft u na deze operatie klachten gehouden?	ja	nee
Heeft u een hoge bloeddruk?	JA	NEE
- Weet u de hoogte van uw bloeddruk?	ja	nee
- Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	ja	nee
- Is uw onderdruk meestal 95 of lager?	ja	nee
- Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	ja	nee

Heeft u een onregelmatige hartslag?	JA	NEE
Heeft u zonder grote inspanning aanvallen van hartkloppingen?	JA	NEE
- Bent u onder controle bij een trombosedienst?	ja	nee
- Moet u uw activiteiten verminderen tijdens de aanvallen?	ja	nee
- Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	ja	nee
Heeft u last van hartzwakte?	JA	NEE
- Heeft u 's avonds gezwollen enkels?	ja	nee
- Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	ja	nee
- Slaapt u met meer dan 2 kussens vanwege kortademigheid?	ja	nee
- Moet u na 20 traptreden rusten door kortademigheid?	ja	nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker?	ja	nee
Heeft u verlammingen of spraakstoornissen gehad?	JA	NEE
- Bent u onder controle van de trombosedienst?	ja	nee
- Duurden de klachten langer dan 24 uur?	ja	nee
- Heeft u een beroerte of attaque gehad?	ja	nee
- Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte gehad?	ja	nee
Gebruikt u medicijnen voor epilepsie (vallende ziekte)?	JA	NEE
- Wisselt u regelmatig van medicijnen?	ja	nee
- Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	ja	nee
Heeft u een chronische bronchitis/rookt u meer dan 25 sigaretten/dag?	JA	NEE
- Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	ja	nee
- Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	ja	nee
- Bent u kortademig bij het opstaan of zich aankleden?	ja	nee
Heeft u astma?	JA	NEE
- Heeft u daar nu last van?	ja	nee
- Helpen uw medicijnen nu voldoende?	ja	nee
Lijdt u aan hooikoorts?	JA	NEE
Bent u allergisch voor medische materialen?	JA	NEE
- Wordt u voor uw allergie met medicijnen behandeld?	ja	nee
- Bent u allergisch voor "plaatselijke verdoving"?	ja	nee
- Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	ja	nee
- Bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	ja	nee
Heeft u op dit moment tuberculose?	JA	NEE
- Heeft u klachten van de tuberculose?	ja	nee
Heeft u op dit moment een serumhepatitis of hepatitis B?	JA	NEE
- Is dit uit bloedonderzoek gebleken?	ja	nee
- Bent u hiervoor onder behandeling/controle?	ja	nee
Heeft u een chronische leveraandoening (langer dan 6 maanden)?	JA	NEE
- Bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	ja	nee
- Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	ja	nee
Heeft u vaak last van infecties met temperatuursverhoging?	JA	NEE
- Was de temperatuur toen onder de 38°C?	ja	nee
- Was de temperatuur toen tussen de 38° en 39°C?	ja	nee
- Was de temperatuur toen boven de 39°C?	ja	nee

Heeft u een darmaandoening met klachten over diarree?	JA	NEE
- Heeft u regelmatig 's nachts diarree?	ja	nee
- Heeft u de diarree langer dan 6 maanden?	ja	nee
- Heeft u daarbij koorts?	ja	nee
Lijdt u aan een chronische nierziekte?	JA	NEE
- Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	ja	nee
- Heeft u nierfunctie vervangende behandeling?	ja	nee
Heeft u suikerziekte?	JA	NEE
- Gebruikt u insuline?	ja	nee
- Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglycemie)?	ja	nee
- Wordt u behandeld voor complicaties t.g.v. diabetes (hart)?	ja	nee
Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	JA	NEE
- Wordt u daarvoor behandeld of bent u onder controle?	ja	nee
- Heeft u ondanks de behandeling klachten overgehouden?	ja	nee
Bent u meer dan 6 kg afgevallen de laatste 6 maanden?	JA	NEE
- Heeft u het sneller warm dan de meeste mensen in uw omgeving?	ja	nee
- Heeft u altijd klamme handen en trillende vingers?	ja	nee
Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?	JA	NEE
- Wordt u daarvoor behandeld of bent u onder controle?	ja	nee
- Heeft u ondanks de behandeling klachten gehouden?	ja	nee
Bent u de laatste 6 maanden meer dan 6 kg zwaarder geworden?	JA	NEE
- Bent u trager geworden?	ja	nee
- Bent u meer kouwelijk geworden?	ja	nee
Heeft u bloedarmoede?	JA	NEE
- Heeft u klachten (moe/duizelig/kortademig/hoofdpijn)?	ja	nee
- Komt er in uw familie erfelijke bloedarmoede voor?	ja	nee
Heeft u een ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?	JA	NEE
- Wordt u hiervoor behandeld en heeft u nog klachten?	ja	nee
- Heeft u zweertjes of ontstekingen in uw mond?	ja	nee
- Heeft u koorts in aanvallen?	ja	nee
- Transpireert u 's nachts hevig?	ja	nee
Bent u bestraald/geopereerd aan een tumor in het hoofd/halsgebied?	JA	NEE
- Was dit minder dan 5 jaar geleden?	ja	nee
- Was dit meer dan 5 jaar geleden?	ja	nee
Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	JA	NEE
- Gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen?	ja	nee
- Gebruikt u meer dan twee aspirines per week?	ja	nee
- Gebruikt u meer dan twee keer per week een middel tegen gewrichtspijn?	ja	nee
- Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	ja	nee
- Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	ja	nee
- Heeft u of uw familieleden een bloedstollingsziekte?	ja	nee
Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	JA	NEE

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

- Voor het hart?
- Voor bloedverduunning?
- Tegen hoge bloeddruk?
- Tegen gewrichtspijnen of reuma?
- Voor suikerziekte?
- Prednison of andere corticosteroïden?
- Andere hormonen?
- Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?
- Penicilline of antibiotica?
- Kalmerende middelen of psychofarma?
- Andere medicijnen?

JA

ja
ja
ja
ja
ja
ja
ja
ja
ja
ja
ja

NEE

nee
nee
nee
nee
nee
nee
nee
nee
nee
nee
nee

Datum:

Handtekening patiënt:

Aanvullende notities:

Samenvatting afwijkingen:

ASA SCORE:

Consequenties voor behandeling: