

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 dikgedrukte vraag "NEE" is, dan kunt u direct door naar de volgende dikgedrukte 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

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

Heeft u osteoporose (botontkalking) of u dit in het verleden gehad?	JA	NEE
Krijgt hier u medicijnen voor?	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

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

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

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

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

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

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 nierfunctievervangende 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

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

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

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	JA	NEE
Gebruikt u op dit moment medicijnen?	JA	NEE
Voor het hart?	ja	nee
Voor bloedverduunning?	ja	nee
Tegen hoge bloeddruk?	ja	nee
Tegen gewrichtspijnen of reuma?	ja	nee
Voor suikerziekte?	ja	nee
Prednison of andere corticosteroïden?	ja	nee
Andere hormonen?	ja	nee
Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	ja	nee
Penicilline of antibiotica?	ja	nee
Kalmerende middelen of psychofarma?	ja	nee
Andere medicijnen?	ja	nee

Datum: _____

Handtekening patiënt: _____

Schweitzer Implantologie

Centrum Implantologie Woerden

Aanvullende notities:

Samenvatting afwijkingen:

ASA SCORE:

Consequenties voor behandeling:
