

Naam
Geb. datum
ID nummer

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (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 dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle/de schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord dat van toepassing is.

- | | | |
|--|--------|-----|
| 1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | 1. Ja | Nee |
| a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen? | a. Ja | Nee |
| b. Gebruikt u vaker dan 1x per week Nitrobaat onder de tong? | b. Ja | Nee |
| c. Nemen de klachten de laatste tijd toe? | c. Ja | Nee |
| d. Heeft u klachten in rust? | d. Ja | Nee |
| e. Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? | e. Ja | Nee |
| 2. Heeft u een hartinfarct gehad? | 2. Ja | Nee |
| a. hebben zich daarna complicaties voorgedaan? | a. Ja | Nee |
| b. Ondervindt u nog steeds klachten | b. Ja | Nee |
| c. Heeft u in de laatste zes weken een hartinfarct gehad? | c. Ja | Nee |
| 3. Heeft u hartruis of een hartklepgebrek? | 3. Ja | Nee |
| a. Heeft u daardoor activiteiten moeten verminderen? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u een kunsthartklep? | b. Ja | Nee |
| c. Heeft u een pacemaker? | c. Ja | Nee |
| d. Heeft u nu klachten van uw hart of bloedvaten? | d. Ja | Nee |
| e. Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan? | e. Ja | Nee |
| 4. Heeft u een kunstheup? | 4. Ja | Nee |
| 5. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? | 5. Ja | Nee |
| a. Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? | a. Ja | Nee |
| b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? | b. Ja | Nee |
| 6. Heeft u last van hartzwakte? | 6. Ja | Nee |
| a. Heeft u 's avonds last van gezwollen voeten? | a. Ja | Nee |
| b. Moet u 's nachts meer dan 2 x urineren? | b. Ja | Nee |
| c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt? | c. Ja | Nee |
| d. Wordt u 's nachts kortademig wakker? | d. Ja | Nee |
| 7. Heeft u hoge bloeddruk? | 7. Ja | Nee |
| a. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 180? | a. Ja | Nee |
| b. Is uw onderdruk meestal tussen de 100 en 110? | b. Ja | Nee |
| c. Is uw bovendruk meestal 180 of hoger? | c. Ja | Nee |
| d. Is uw onderdruk meestal 110 of hoger? | d. Ja | Nee |
| 8. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? | 8. Ja | Nee |
| a. Heeft u vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan hebben? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? | b. Ja | Nee |
| 9. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | 9. Ja | Nee |
| 10. Heeft u epilepsie? | 10. Ja | Nee |
| a. Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? | a. Ja | Nee |
| Zo ja, wat voor soort aanvallen heeft u? | | |
| b. Voelt u een aanval aankomen? | b. Ja | Nee |
| 11. Heeft u astma? | 11. Ja | Nee |
| a. Heeft u daar nu last van? | a. Ja | Nee |
| 12. Snurkt u? | 12. Ja | Nee |
| 13. Zijn uw keel- en/of neusamandelen verwijderd? | 13. Ja | Nee |
| 14. Heeft u een chronische bronchitis of longemfyseem? | 14. Ja | Nee |
| a. Geeft u bij het hoesten veel slijm op? | a. Ja | Nee |
| b. Bent u kortademig bij traplopen? | b. Ja | Nee |
| c. Bent u kortademig bij het aankleden? | c. Ja | Nee |
| 15. Heeft u hooikoorts? | 15. Ja | Nee |
| 16. Heeft u ooit een allergische reactie gehad? Zo ja, waarvoor? | 16. Ja | Nee |
| 17. Heeft u suikerziekte? Zo ja, heeft u type 1 of type 2? | 17. Ja | Nee |
| a. Gebruikt u insuline? | a. Ja | Nee |
| b. Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglykemie)? | b. Ja | Nee |
| c. Voelt u een hypoglykemie aankomen? | c. Ja | Nee |
| d. Wordt u behandeld voor complicaties ten gevolge van suikerziekte? | d. Ja | Nee |
| 18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? | 18. Ja | Nee |
| a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten? | b. Ja | Nee |
| 19. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? | 19. Ja | Nee |

- | | | |
|--|--------|----------|
| a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten? | b. Ja | Nee |
| 20. Heeft u een leverziekte? | 20. Ja | Nee |
| a. Langer dan zes maanden? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? | b. Ja | Nee |
| 21. Heeft u een chronische ziekte? | 21. Ja | Nee |
| a. Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling? | b. Ja | Nee |
| c. Staat u op de wachtlijst voor een niertransplantatie? | c. Ja | Nee |
| 22. Heeft u chronische maag-/darmklachten? | 22. Ja | Nee |
| a. Bent u hierdoor meer dan 5 kg. Afgevallen? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u langer dan zes maanden diarree, ook 's nachts? | b. Ja | Nee |
| 23. Heeft u bloedarmoede met klachten (moe duizeligheid)? | 23. Ja | Nee |
| 24. Heeft u sikkelcelanemie of thalassemie? | 24. Ja | Nee |
| 25. Heeft u een kwaadaardige ziekte inde lymfeklieren of een kwaadaardige bloedziekte? | 25. Ja | Nee |
| a. Wordt u hiervoor behandeld? | a. Ja | Nee |
| b. Heeft u koorts in aanvallen? | b. Ja | Nee |
| 26. Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja, wat is de diagnose? | 26. Ja | Nee |
| a. Loopt u bij de trombosedienst? | a. Ja | Nee |
| b. Bloedt u langer dan 1 uur na de verwonding of ingreep? | b. Ja | Nee |
| c. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken? | c. Ja | Nee |
| 27. Heeft u een vorm van kanker? Zo ja Welke? | 27. Ja | Nee |
| 28. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? | 28. Ja | Nee |
| a. Was dit korter dan 5 jaar geleden? | a. Ja | Nee |
| b. Met hoeveel Gray bent u bestraald? | b. Ja | Nee |
| 29. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja Welke? | 29. Ja | Nee |
| 30. Heeft u een neurologische (Spier) ziekte? Zo ja, welke? | 30. Ja | Nee |
| 31. Heeft u een reumatische aandoening? Zo ja, welke? | 31. Ja | Nee |
| 32. Heeft u een hoog cholesterolgehalte, Zo ja, wat is de hoogst gemeten waarde? | 32. Ja | Nee |
| 33. Heeft u een auto-immuunziekte (bijv. Ziekte van Sjögren, SLE, MS)? Zo ja welke? | 33. Ja | Nee |
| 34. Heeft u een eetstoornis? Zo ja, welke en sinds wanneer? | 34. Ja | Nee |
| 35. Heeft u een aangeboren afwijking of beperking? Zo ja, welke? | 35. Ja | Nee |
| 36. Bent u ooit onder narcose geweest? | 36. Ja | Nee |
| a. Zijn er bij de narcose problemen opgetreden? Zo ja, welke problemen? | a. Ja | Nee |
| 37. Bent u onder behandeling van een arts, medisch specialist of psycholoog?
Zo ja, bij wie en waarvoor? | 37. Ja | Nee |
| 38. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja, welke (naam en dosering)?
(ook bijv. Pijnstillers en anticonceptiepil vermelden) | 38. Ja | Nee |
| 39. Gebruikt u verdovende middelen? Zo ja, welke en hoeveel? | 39. Ja | Nee |
| 40. Gebruikt u alcohol? Zo ja, wat en hoeveel? | 40. Ja | Nee |
| 41. Rookt u? Zo ja, hoeveel? | 41. Ja | Nee |
| 42. Wat is uw lengte en gewicht?Lengte: | | Gewicht: |
| 43. Alleen voor vrouwen: bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent? Zo ja, hoeveel weken? | 43. Ja | Nee |
| 44. Heeft u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Zo ja, welke? | 44. Ja | Nee |

Naam behandelaar:

Handtekening patiënt

Handtekening behandelaar

Met mijn handtekening geef ik aan dat ik deze vragenlijst naar waarheid heb ingevuld.