



GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw behandeling bij ons of aanleiding geven tot het nemen van voorzorgsmaatregelen.

Ik verzoek u daarom onderstaande lijst in te vullen zodat ik hier rekening mee kan houden bij de behandeling. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

Naam :

Geboortedatum :

Omcirkel bij de volgende vragen ja of nee. Als u een dikgedrukte vraag met nee heeft beantwoord, kunt u de dungedrukte vragen daaronder overslaan.

1. **Hebt of had u problemen met uw hart?** ja / nee
Kruis aan welk probleem:
 hartgeruis angina pectoris
 hartklepgebrek eerder doorgemaakte endocarditis (acuut reuma)
 hartinfarct, hoelang geleden?
 iets anders, nl:
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?

Hebt u een pacemaker of ICD? ja / nee
Wie is uw specialist?
- 2a. **Hebt u een kunsthartklep of een kunstheup?** ja / nee
Wie is uw specialist?
- 2b. **Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?** ja / nee
Hebt u een stent/ stents? ja / nee
Bent u gedotterd? ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?

Wie is uw specialist?
3. **Hebt u een TIA of CVA (herseninfarct / beroerte) gehad?** ja / nee
Met verlammingen en/ of spraakstoornissen? ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?

Wie is uw specialist?
4. **Hebt u een hoge bloeddruk?** ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?
5. **Hebt u een te hoog cholesterol?** ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?
6. **Loopt u bij de trombosediens?** ja / nee
7. **Hebt u epilepsie?** ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?
8. **Hebt u last van hyperventilatie?** ja / nee
9. **Hebt u astma en/of hooikoorts?** (omcirkelen graag) ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?
- 10a. **Hebt u reumatoïde artritis (gewrichtsontsteking)** ja / nee
- 10b. **Hebt u osteoartritis-artrose (botontsteking-slijtage)** ja / nee
- 10c. **Hebt u osteoporose? (botontkalking)** ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?

11. **Bent u allergisch voor een bepaald soort antibioticum?** ja / nee
Welk antibioticum?
12. **Bent u allergisch voor bijv. rubber/ latex/ verdovingsvloeistof?** ja / nee
13. **Hebt u suikerziekte?** ja / nee
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?
- Gebruikt u insuline? ja / nee
Gebruikt u alleen een dieet? ja / nee
Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglykemie)? ja / nee
Wie is uw specialist?
14. **Hebt u problemen met uw schildklier?** ja / nee
Is uw schildklier versterkt of vertraagd?
Indien u hiervoor medicijnen gebruikt, welke medicijnen?
- Staat u onder behandeling of controle hiervoor? ja / nee
Hebt u ondanks behandeling nog klachten? ja / nee
Wie is uw specialist?
15. **Hebt u Hepatitis A / B of C (gehad)?** (omcirkel ook welke Hepatitis) ja / nee
Staat u onder behandeling of controle hiervoor? ja / nee
- 16a. **Hebt u HIV of AIDS?** ja / nee
- 16b. **of een andere besmettelijke ziekte?** ja / nee
Welke besmettelijke ziekte?
17. **Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?** ja / nee
Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling? ja / nee
18. **Bent u bestraald voor een tumor in het hoofd-halsgebied?** ja / nee
19. **Wordt of werd u behandeld met chemotherapie/ cytostatica?** ja / nee
20. **Hebt u bloedarmoede met klachten?** ja / nee
- 21a. **Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?** ja / nee
- 21b. **Hebt u bloed-of bloedstollingsafwijkingen?** ja / nee
22. **Vrouwen: Bent u zwanger?** ja / nee
23. **Hebt u een alcohol-of drugsprobleem** (of in het verleden gehad)? ja / nee
- 24a. **Rookt u?** ja / nee
Hoeveel gemiddeld per dag?
- 24b. **Hebt u gerookt?** ja / nee
Hoeveel gemiddeld per dag?
Wanneer bent u gestopt?
- 25a. **Gebruikt u op dit moment medicijnen?** ja / nee
Tegen kanker of bloedingsziekten? ja / nee
Prednison, corticosteroïden of andere ontstekingsremmende medicijnen? ja / nee
Aspirine of pijnstillers tegen gewrichtsklachten? ja / nee
Gebruikt u antidepressiva? ja / nee
Gebruikt u kalmerende middelen of slaaptabletten? ja / nee
Gebruikt u op dit moment antibioticum? ja / nee
Vrouwen: gebruikt u de pil? ja / nee
- 25b. **Gebruikt u verder nog andere medicijnen dan hierboven reeds vermeld?** ja / nee
Welke medicijnen, hoeveelheid en waarvoor?

Datum :
Handtekening :