

Patiëntensticker

Gezondheidsvragenlijst voor jongeren tot 18 jaar

Hieronder treft u enkele vragen over uw gezondheid. Uw informatie wordt vertrouwelijk behandeld en is een medisch geheim.

- Een medische aandoening of medicijngebruik kan invloed hebben op uw tandheelkundige behandelingen. Hiervoor dienen wij op de hoogte te zijn van uw medische gezondheid. Zo kunnen wij de nodige en aangepaste voorzorgsmaatregelen nemen.
- Het is ook mogelijk dat een medische aandoening of medicatiegebruik klachten in de mond veroorzaken.

Informeer uw behandelaar goed over uw gezondheid en breng ons op de hoogte bij veranderingen. Neem bij elke bezoek een recent medicatieoverzicht mee. Dit kunt u opvragen bij uw apotheker.



Vragenlijst (18 vragen)

1. Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd? Zo ja, wat? _____ *Nee | ja*

2. Is uw kind (nu of vroeger) onder behandeling of op controle geweest bij een (huis)arts, psycholoog of specialist? *Nee | ja*

Zo ja:

2.1: Welk ziekenhuis? _____

2.2: Welke afdeling? _____

2.3: Welke arts? _____

2.4: Waarvoor? _____

3. Heeft uw kind longziekte of luchtwegafwijking bijv. (CARA, astma, bronchitis, vaak hoesten, longontstekingen)? Zo ja: *Nee | ja*

3.1: Heeft uw kind daar nu last van? *Nee | ja*

3.2: Is uw kind snel kortademig? *Nee | ja*

3.3: Helpt medicatie onvoldoende? *Nee | ja*

4. Heeft uw kind hartruis of een aangeboren hartafwijking? *Nee | ja*
Zo ja:

4.1: Is er bij tandheelkundige behandelingen antibiotica nodig? *Nee | ja*

4.2: Zijn er klachten ten gevolge van de hartafwijking? *Nee | ja*

5. Heeft uw kind een hartoperatie ondergaan? Zo ja, *Nee | ja*

5.1: Waarvoor? _____

5.2: Heeft uw kind een kunsthartklep gekregen? *Nee | ja*

5.3: Zijn er klachten na de in de ingreep overgebleven? *Nee | ja*

6. Heeft uw kind hartritme problemen? Zo ja, *Nee | ja*

6.1: Kan uw kind aan alle (sport/bewegings) activiteiten meedoen? *Nee | ja*

6.2: Moet uw kind tijdens een aanval gaan liggen of zitten? *Nee | ja*

7. Heeft uw kind epilepsie? Zo ja, *Nee | ja*

7.1: Wordt er regelmatig gewisseld van medicatie? *Nee | ja*

7.2: Heeft uw kind ondanks de medicatie last van aanvallen? *Nee | ja*

8. Heeft uw kind diabetes? Zo ja, *Nee | ja*

8.1: Wordt er insuline gebruikt? *Nee | ja*

8.2: Heeft uw kind ondanks de medicatie last van aanvallen? *Nee | ja*

9. Heeft uw kind bloedarmoede met klachten? Zo ja, *Nee | ja*

9.1: Is uw kind vaak moe of duizelig? *Nee | ja*

9.2: Komt erfelijke bloedarmoede voor in de familie? *Nee | ja*

10. Is er bij uw kind bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja, *Nee | ja*

10.1: Genezen wondjes langzaam of blijven wondjes lang nabloeden? *Nee | ja*

10.2: Krijgt uw kind zonder stoten blauwe plekken of spontaan een bloedneus? *Nee | ja*

10.3: Komt er in de familie bloedingsneigingen voor? *Nee | ja*

11. Heeft uw kind op dit moment een besmettelijke ziekte? *Nee | ja*
Zo ja, welke? _____

Vragenlijst

12. Heeft uw kind kinderziekten gehad? Zo ja, welke? *Nee* | *ja*

13. Heeft uw kind op dit moment leverziekte? Zo ja, *Nee* | *ja*

13.1: Is uw kind hiervoor in het ziekenhuis opgenomen geweest? *Nee* | *ja*

13.2: Wordt hiervoor een dieet gevolgd? *Nee* | *ja*

13.3: Wordt er medicatie gebruikt? *Nee* | *ja*

13.4: Is uw kind drager van een hepatitisvirus? *Nee* | *ja*

14. Is uw kind allergisch? Zo ja, voor? *Nee* | *ja*

Pollen en/of gras (hooikoorts) Rubber – latex – Jodium – Pleisters –
Soja - Gluten - verdoving - Antibiotica (penicilline)

Anders? _____

15: Gebruikt uw kind medicatie tegen allergieën? Zo ja, welke medicijnen? *Nee* | *ja*

16. Heeft uw kind ooit onverwachts allergische reactie gehad tijdens of na een tandheelkundige behandeling? *Nee* | *ja*

16.1: Welke complicaties?

17. Krijgt uw kind medicatie (via huisarts of specialist)? *Nee* | *ja*

Zo ja, *Nee* | *ja*

17.1: Aspirine of andere pijnstillers *Nee* | *ja*

17.2: Kalmerende middelen *Nee* | *ja*

17.3: Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen *Nee* | *ja*

17.4: Medicatie tegen kanker of bloedziekten *Nee* | *ja*

17.5: Penicilline of antibiotica *Nee* | *ja*

17.6: Voor diabetes *Nee* | *ja*

17.7: Voor epilepsie *Nee* | *ja*

17.8: Voor astma

Anders: _____

18. Heeft uw kind nog andere ziekte(s) of aandoening(en) waar niet naar gevraagd is? Zo ja, welke? *Nee* | *ja*

Opmerkingen: