

*Patiëntensticker*



## **Gezondheidsvragenlijst voor *volwassenen***

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

1. Is de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Zo ja, wat? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Nee | ja*
2. Zijn er allergieën bij u bekend? Zo ja, wat? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Nee | ja*
3. Heeft u hartinfarct gehad? *Nee | ja*
4. Heeft u last van hartkloppingen? *Nee | ja*
5. Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk? *Nee | ja*
6. Heeft u pijn op de borst bij inspanningen? *Nee | ja*
7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? *Nee | ja*
8. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? *Nee | ja*
9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? *Nee | ja*
10. Heeft u een Endocarditis gehad? *Nee | ja*
11. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? *Nee | ja*
12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige- of medische behandeling? Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Nee | ja*
13. Heeft u epilepsie? *Nee | ja*
14. Heeft u hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? *Nee | ja*
15. Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? *Nee | ja*
16. Heeft u suikerziekte? *Nee | ja*
17. Heeft u bloedarmoede? *Nee | ja*

18. Heeft u langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen of na een medische operatie? *Nee | ja*
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? *Nee | ja*
20. Heeft u nierziekte? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Nee | ja*
21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? *Nee | ja*
22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? *Nee | ja*
23. Rookt u? *Nee | ja*
24. *Voor vrouwen:* bent u zwanger? *Nee | ja*
25. *Voor vrouwen:* geeft u borstvoeding? *Nee | ja*
26. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Nee | ja*
27. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (Bisfosfonaten of Denosumab)? *Nee | ja*
28. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ *Nee | ja*

Opmerkingen: