



Gezondheidsvragenlijst mondzorg* - volwassenen

Naam: _____ man / vrouw

Telefoon: _____ Geboortedatum: _____

E-mail: _____ Patiëntcode: _____

Is er het laatste half jaar iets aan uw gezondheid veranderd?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → namelijk, ...
Bent u ergens allergisch voor?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → namelijk, ...
Heeft u een hartinfarct gehad?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → Bloeddruk ...
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Hebt u wel eens een endocarditis doorgemaakt?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u suikerziekte?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → Gebruikt u insuline?
Heeft u bloedarmoede?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u een nierziekte?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Rookt u?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → Hoeveel ...
Vrouwen: bent u zwanger?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Vrouwen: geeft u borstvoeding?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → Welke ...
Gebruikt u medicijnen?	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja → Welke ...

* De gezondheidsvragenlijst is belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist omdat (1) klachten in de mond veroorzaakt kunnen worden door ziekte of medicijngebruik en (2) als u ziek bent of medicijnen gebruikt dit een beperking kan zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw tandarts hier rekening mee houdt.

Informeert uw tandarts ook altijd als er iets is gewijzigd in uw gezondheid of uw medicijngebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld. Neem bij elk bezoek aan uw tandarts een recent medicatie-overzicht mee. U kunt dit aan uw apotheker vragen.