



de tand
des tijds

GEZONDHEIDS VRAGENLIJST

Naam:

Geboortedatum:

Patiëntnummer:

Actualisering medische anamnese:

Datum:

Datum:

Uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn.
Wilt u zo vriendelijk zijn de vragen op dit formulier te beantwoorden.

Afhankelijk van uw antwoord kunt u Ja of Nee omcirkelen.
Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?

Ja

Nee

Zo ja, wat?

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?

Ja

Nee

Zo ja, waarvoor?

Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?

Ja

Nee

Zo ja, waarvoor?

Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?

Ja

Nee

Zo ja, welke ziekte?

Bent u ergens allergisch voor?

Ja

Nee

Zo ja, waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad?

Ja

Nee

Zo ja, wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen?

Ja

Nee

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?

Ja

Nee

Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?

onderdruk:

bovendruk:

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?

Ja

Nee

Zo ja, welke ziekte?

Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	Ja	Nee
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	Ja	Nee
Bent u bij inspanning snel kortademig?	Ja	Nee
Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	Ja	Nee
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Ja	Nee
Heeft u een pacemaker (of ICD)?	Ja	Nee
Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	Ja	Nee
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja	Nee
Heeft u last van hyperventileren?	Ja	Nee
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	Ja	Nee
Heeft u weleens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	Ja	Nee
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Ja	Nee
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?	Ja	Nee
Heeft u suikerziekte?	Ja	Nee
Zo ja, gebruikt u insuline?	Ja	Nee
Heeft u bloedarmoede?	Ja	Nee
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	Ja	Nee
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Ja	Nee
Heeft u een nierziekte?	Ja	Nee
Heeft u chronische maagdarmklachten?	Ja	Nee
Heeft u een aandoening van de schildklier?	Ja	Nee
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Ja	Nee
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja	Nee
Zo ja, welke?		
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	Ja	Nee
Rookt u?	Ja	Nee
Zo ja, hoeveel per dag?		
Gebruikt u alcohol?	Ja	Nee
Zo ja, hoeveel glazen per week?		

Gebruikt u alcohol?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel glazen per week?

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?

Ja

Nee

Zo ja, welke?

Vrouwen: bent u zwanger?

Ja

Nee

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?

Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?

Ja

Nee

Zo ja, welke?

Gebruikt u momenteel medicijnen?

Ja

Nee

Zo ja, welke?

Ruimte voor opmerkingen:

Datum:

Handtekening: