

Gezondheidsvragenlijst (1/2)

Tandartspraktijk Nedereind, Nieuwegein

Naam:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Vraag 1

Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?

Zo ja,

Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?

Hebt u ook klachten in rust?

Nemen de klachten de laatste tijd toe?

JA NEE ASA

II

III

IV

IV

Vraag 2

Heeft u ooit een hartinfarct gehad?

Zo ja,

Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?

Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?

II

III

IV

Vraag 3a

Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek?

Zo ja,

Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?

Zo ja,

Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?

II

II

III

Vraag 3b

Hebt u een kunstheup of kunsthartklep

of ander lichaamsvreemd materiaal?

Vraag 3c

Hebt u een pacemaker?

II

II

Vraag 4

Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?

Zo ja,

Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?

Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?

II

III

IV

Vraag 5

Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja,

Wordt u bij platliggen kortademig?

Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders kortademig wordt?

JA NEE ASA

II

III

IV

Vraag 6

Hebt u last van hyperventileren?

II

Vraag 7

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?

II

Vraag 8

Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad?

Zo ja,

Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?

Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?

Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?

Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?

II

III

III

IV

IV

Vraag 9

Hebt u epilepsie?

Zo ja,

Wisselt u regelmatig van medicijnen?

Hebt u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?

II

III

IV

Vraag 10

Hebt u astma?

Zo ja,

Bent u nu kortademig?

II

IV

Vraag 11

Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend?

Zo ja,

Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?

Bent u kortademig bij het aankleden?

II

III

IV

Vraag 12

Hebt u ooit een allergische reactie gehad op geneesmiddelen, medische materialen of iets anders (jodium, rubber, latex, pleisters)?

Zo ja,

Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?

Was het bij uw tandarts?

Waarvoor bent u allergisch: _____

II

III

IV

Z.O.Z

Gezondheidsvragenlijst (2/2)

JA NEE ASA

Vraag 13

Hebt u suikerziekte?

JA NEE ASA

Zo ja,

Gebruikt u insuline?

Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglykemie)?

Vraag 14

Lijdt u aan een schildklierziekte?

Zo ja,

Is dit een vertraagde functie?

Is dit een versterkte functie?

Vraag 15

Hebt u nu of hebt u in het verleden een leverziekte gehad?

Zo ja,

Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?

Vraag 16

Hebt u een nierziekte?

Zo ja,

Hebt u een nierfunctievervangende behandeling (dialyse)?

Hebt u een niertransplantaat?

Vraag 17

Hebt u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?

Vraag 18

Hebt u nu of hebt u ooit een besmettelijke, kwaadaardige of bloedziekte gehad?

Zo ja, Welke: _____

Bent u onder behandeling?

Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?

Zo ja, Wanneer: _____

Vraag 19

Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?

Zo ja,

Bloedt u langer dan 1 uur na bij verwonding of ingrepen?

Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?

Vraag 20

Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?

Vraag 21

Hebt u een ziekte waar niet naar is gevraagd?

Zo ja, Welke: _____

Vraag 22

Rookt u?

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag: ____

Vraag 23

Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? Zo ja:

voor het hart.

loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdunners

tegen hoge bloeddruk.

aspirine of andere pijnstillers.

voor suikerziekte.

voor allergie.

prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen.

tegen huid-, darm- of reumatische ziekten.

tegen kanker of bloedziekten.

penicilline of antibiotica.

kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen.

gebruikt u drugs.

andere medicijnen

Indien u hierboven (vraag 23) bij een of meer vakjes een kruisje heeft gezet, hieronder graag duidelijk aangeven welke medicijnen of drugs u precies gebruikt:

Medicatielijst

HUISARTS: _____

TELNR: _____

SPECIALIST: _____

TELNR : _____