

**Belangrijk:**  
(door tandarts in te vullen):

### **Gezondheidsvragenlijst**

Een tandheelkundige behandeling kan gevolgen voor uw gezondheid hebben.

Daarom is het van groot belang dat uw tandarts van uw gezondheidsachtergrond op de hoogte is. Deze lijst is vertrouwelijk en valt onder het medisch beroepsgeheim.

Na het invullen kunt u de lijst naar de praktijk sturen of e-mailen (receptie@mondzorgdrenthe.nl).

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

- |  | Ja                    | Nee                   |  |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
| 1. Bent u ergens allergisch voor?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, waarvoor? _____   |
| 2. Heeft u een hartinfarct gehad?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, wanneer? _____  |
| 3. Heeft u last van hartkloppingen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 4. Wordt u voor een hoge bloeddruk behandeld?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, wat is uw bloeddruk? Onderdruk: _____<br>Bovendruk: _____ |
| 5. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 7. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 8. Heeft u een aangeboren hartafwijking?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 9. Heeft u een pacemaker (of ICD)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 10. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 11. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 12. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 13. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee            |
| 14. Heeft u suikerziekte?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / Nee                             |
| 15. Heeft u bloedarmoede?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 16. Heeft u weleens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 17. Heeft u geelzucht, of een andere leverziekte (gehad)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| Heeft u hepatitis (gehad)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 18. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, welke? _____  |
| 19. Heeft u een nierziekte?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 20. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 21. Heeft u een kunstgewricht knie/heup?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |  |
| 23. Rookt u?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, hoeveel per dag? _____                                    |
| 24. Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, hoeveel glazen per dag? _____                             |
| 25. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, welke? _____  |
| 26. Vrouwen: Bent u zwanger?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____                         |

- |  | Ja                    | Nee                   |                                       |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 27. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, welke ziekte/aandoening? _____ |
| 28. Is er na uw laatste bezoek iets aan uw gezondheid veranderd?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, wat? _____                     |
| 29. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, waarvoor? _____                |
| 30. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, waarvoor? _____                |
| 31. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                       |
| 32. Heeft u last van neerslachtigheid/depressiviteit?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                       |
| 33. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                       |
| 34. Gebruikt u momenteel medicijnen?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Zo ja, welke?                         |
- Vult u hieronder uw medicijnen in:*
- 
- 
- 
- 
- 

Wie is uw huisarts?

Naam: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Deze lijst is naar mijn weten naar waarheid ingevuld.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_