|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam |  | Gezondheidsvragenlijst  Mondzorg  Volwassenen  versie 201501 |
| Geslacht: man of vrouw |  |
| Geboortedatum |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wie is uw huisarts? |  | Plaats |  |

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezond-heid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle vragen te beantwoorden of om dat schriftelijk te doen. U kunt ze ook mondeling beantwoorden. Bespreek dit met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (NEE of JA). Uw antwoorden worden vertrouwelijk beantwoord.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Bent u ergens allergisch voor? | NEE / JA | Waarvoor? |
| 2 | Heeft u een hartinfarct gehad? | NEE / JA | Wanneer? |
| 3 | Heeft u last van hartkloppingen? | NEE / JA |  |
| 4 | Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | NEE / JA | Wat is uw bloeddruk?  Onderdruk?  Bovendruk? |
| 5 | Heeft u pijn op de borst bij inspanning? | NEE / JA |  |
| 6 | Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | NEE / JA |  |
| 7 | Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | NEE / JA |  |
| 8 | Heeft u een aangeboren hartafwijking? | NEE / JA |  |
| 9 | Heeft u een pacemaker (of icd) of neurostimulator? | NEE / JA |  |
| 10 | Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische handeling? | NEE / JA |  |
| 11 | Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | NEE / JA |  |
| 12 | Heeft u weleens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | NEE / JA |  |
| 13 | Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of last van chronische hoest? | NEE / JA |  |
| 14 | Heeft u suikerziekte? | NEE / JA | Gebruikt u insuline NEE / JA |
| 15 | Heeft u bloedarmoede? | NEE / JA |  |
| 16 | Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden / kiezen of na een operatie? | NEE / JA |  |
| 17 | Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | NEE / JA |  |
| 18 | Heeft u een nierziekte? | NEE / JA |  |
| 19 | Heeft u reuma en / of chronische gewrichtsklachten? | NEE / JA |  |
| 20 | Heeft u een kunstgewricht? | NEE / JA |  |
| 21 | Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | NEE / JA |  |
| 22 | Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | NEE / JA | Welke? |
| 23 | Gebruikt u momenteel medicijnen? | NEE / JA | Welke? |
| 24 | Gebruikt u medicijnen tegen botontkalking? | NEE / JA | Hoe lang? |
| 25 | Vrouwen: bent u zwanger? | NEE / JA |  |
| 26 | Gebruikt u alcohol? | NEE / JA | Hoeveel glazen per week? |
| 27 | Rookt u? | NEE / JA | Hoeveel per dag? |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Handtekening: |