

## Gezondheidsvragenlijst Kliniek voor Mondzorg Boxtel / Implant Company

Naam:		Voorletters:	
Adres:			
Postcode / woonplaats:			
Geboortedatum:		Telefoonnummer:	
BSN:		Man / Vrouw	
Zorgverzekeraar:		Polisnummer:	
Huisarts:		Emailadres:	

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is 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 de vragen schriftelijk te beantwoorden. U kunt dit mondeling doen. Bespreek dit dan met uw behandelaar.

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord **JA** of **Nee**.

Mocht het antwoord **JA** zijn dan kan een toelichting gevraagd worden.

- |   |                          |                         |
|---|--------------------------|-------------------------|
| Bent u ergens allergisch voor?<br>Zo ja, benoem allergieën:                       | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Heeft u een hartinfact gehad?<br>Zo ja, wanneer?                                  | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Heeft u last van hartkloppingen?  | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld<br>Zo ja, kunt u de waarden invullen?       | <b>NEE</b><br>onderdruk: | <b>JA</b><br>bovendruk: |
| Heeft u pijn op de borst bij inspanning?  | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Wordt u kortademig als u plat op bed ligt?  | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Heeft u een aangeboren hartafwijking?   | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?                                | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Bent u ooit flauwgevallen tijdens een tandheelkundige<br>of medische behandeling? | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |
| Heeft u epilepsie?  | <b>NEE</b>               | <b>JA</b>               |

Heeft u een hersenbloeding (of TIA) gehad?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u last van hoestklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u suikerziekte?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Zo ja, gebruikt u insuline?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u bloedarmoede?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u ooit langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u een nierziekte?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u een kunstgewricht?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Rookt u?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Zo ja, ongeveer ..... per dag?		
Gebruikt u alcohol?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Zo ja, benoem de frequentie van gebruik per dag / week of maand:	..... (aantal)	per dag/week/maand
Voor vrouwen; bent u zwanger?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar gevraagd is?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Zo ja, welke?		
Gebruikt u medicijnen?	<b>NEE</b>	<b>JA</b>
Zo ja, welke?		

Datum:

Handtekening: