

**Gezondheidsvragenlijst mondzorg voor kinderen**  
**Medisch geheim**  
**Uw informatie wordt vertrouwelijk behandeld**



**Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist?**

- Klachten in de mond kunnen worden veroorzaakt door ziekte of medicijngebruik
- Als u ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hier rekening mee houden.

**Informeer uw tandarts en mondhygiënist altijd als er iets is gewijzigd in uw gezondheid of medicijngebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld. Neem bij elk bezoek aan uw tandarts of mondhygiënist een recent mediatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht bij uw apotheker vragen.**

- |  |        |  |
|--|--------|--|
| 1. Is het kind de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?   | Nee/Ja | Zo ja, waarvoor?.....                          |
| 2. Heeft het kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?  | Nee/Ja | Zo ja, welke ziekte.....                       |
| 3. Is het kind ergens allergisch voor?   | Nee/Ja | Zo ja, waarvoor?.....                          |
| 4. Heeft het kind een (aangeboren) hartafwijking?  | Nee/Ja |  |
| 5. Is het kind ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?   | Nee/Ja |  |
| 6. Heeft het kind last van hyperventileren?  | Nee/Ja |  |
| 7. Heeft het kind last van epilepsie, vallende ziekte?   | Nee/Ja |  |
| 8. Heeft het kind last van longklachten zoals astma, bronchitis, of chronische hoest?                                      | Nee/Ja | Zo ja, is het benauwd en/of kortademig? Ja/nee |
| 9. Heeft het kind last van suikerziekte?   | Nee/Ja | Zo ja, gebruikt het insuline? Ja/nee           |
| 10. Heeft het kind wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? | Nee/Ja |  |
| 11. Heeft het kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?   | Nee/Ja |  |
| 12. Heeft het kind een nierziekte?   | Nee/Ja |  |
| 13. Heeft het kind problemen met de voeding en /of maagklachten?   | Nee/Ja |  |
| 14. Heeft het kind een aandoening van de schildklier?  | Nee/Ja |  |

Naam:.....  
 Adres:.....  
 Postcode.....  
 Plaatsnaam:.....  
 Geboortedatum:.....  
 BSN:.....

- |  |        |  |
|--|--------|--|
| 15.Heeft het kind een spieraandoening?   | Nee/Ja |  |
| 16.Heeft het kind momenteel een besmettelijke ziekte?                            | Nee/Ja | Zo ja, welke ziekte?.....                |
| 17.Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind?              | Nee/Ja | Zo ja, welke ziekte?.....                |
| 18.Is het kind vaak angstig?   | Nee/Ja |  |
| 19.Heeft het kind een handicap?  | Nee/Ja |  |
| 20.Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch dagverblijf?     | Nee/Ja | Zo ja, welk?.....                        |
| 21.Heeft het kind ooit narcose moeten ondergaan?                                 | Nee/Ja | Zo ja, ging dat zonder problemen? Ja/nee |
| 22.Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | Nee/Ja | Zo ja, welke?.....                       |
| 23.Gebruikt het kind momenteel medicijnen?                                       | Nee/Ja | Zo ja, graag hieronder welke medicijnen? |

Opmerkingen.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Naam ouder/verzorger die deze vragenlijst heeft ingevuld:.....

Datum:.....

Handtekening:.....