

Gezondheidsvragenlijst mondzorg voor volwassenen
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 uw medicijngebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld. Neem bij elk bezoek aan uw tandarts en mondhygiënist een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

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

- | | | |
|--|--------|-------------------------------------|
| 1. Is de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? | nee/ja | Zo ja, wat?..... |
| 2. Bent u ergens allergisch voor? | nee/ja | Zo ja, waarvoor?..... |
| 3. Heeft u wel eens een hartinfarct gehad? | nee/ja | Zo ja, wanneer?..... |
| 4. Heeft u last van hartkloppingen? | nee/ja | |
| 5. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | nee/ja | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? |
| 6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning? | nee/ja | Onderdruk.....Bovendruk..... |
| 7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? | nee/ja | |
| 8. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? | nee/ja | |
| 9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | nee/ja | |
| 10. Heeft u wel eens een endocarditis doorgemaakt? | nee/ja | |
| 11. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? | nee/ja | |
| 12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | nee/ja | |
| 13. Heeft u epilepsie (vallende ziekte)? | nee/ja | |
| 14. Heeft u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? | nee/ja | |
| 15. Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | nee/ja | |
| 16. Heeft u suikerziekte? | nee/ja | Zo ja, gebruikt u insuline? Ja/nee |
| 17. Heeft u bloedarmoede? | nee/ja | |

- | | | |
|---|--------|---|
| 18. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen of een operatie? | nee/ja | |
| 19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | nee/ja | |
| 20. Heeft u een nierziekte? | nee/ja | |
| 21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | nee/ja | |
| 22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? | nee/ja | |
| 23. Rookt u? | nee/ja | Zo ja, hoeveel per dag? |
| 24. Vrouwen: bent u zwanger? | nee/ja | |
| 25. Vrouwen: geeft u borstvoeding? | nee/ja | |
| 26. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd? | nee/ja | Zo ja, welke?..... |
| 27. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bifosfonaat of denosumab)? | nee/ja | Zo ja, welk middel?..... tabletten of injectie/infuus? |
| 28. Gebruikt u medicijnen? | nee/ja | Zo ja, welke?..... |

(Tevens medicatieoverzicht opvragen bij uw apotheker.)

Opmerkingen:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum:.....

Handtekening:.....