

Naam:

Geboortedatum:

- -

man/vrouw

PatientCode:

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 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/de schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Nee of Ja).

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| Bent u onder behandeling bij huisarts of medisch specialist?               | Nee        | Ja         |
| > waarvoor?  |            |            |
| Bent u ergens allergisch voor?   | Nee        | Ja         |
| > waarvoor?  |            |            |
| Heeft u een hartinfarct gehad?   | Nee        | Ja         |
| > wanneer?   |            |            |
| Heeft u last van hartkloppingen?   | Nee        | Ja         |
| > wat is uw bloeddruk?   | onderdruk: | bovendruk: |
| Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?                                     | Nee        | Ja         |
| Heeft u pijn op de borst bij inspanning?                                   | Nee        | Ja         |
| Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?                                 | Nee        | Ja         |
| Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep?                             | Nee        | Ja         |
| Heeft u een aangeboren hartafwijking?                                      | Nee        | Ja         |
| Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?                         | Nee        | Ja         |
| Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Nee        | Ja         |
| Heeft u epilepsie, vallende ziekte?  | Nee        | Ja         |
| Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?            | Nee        | Ja         |

---

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee Ja
Heeft u suikerziekte?	Nee Ja
> gebruikt u insuline?	Nee Ja
Heeft u bloedarmoede?	Nee Ja
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	Nee Ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	Nee Ja
Heeft u een nierziekte?	Nee Ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee Ja
Heeft u een kunstgewricht?	Nee Ja
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee Ja
Rookt u?	Nee Ja
> hoeveel per dag?	
Vrouwen: bent u zwanger?	Nee Ja
<b>Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?</b>	Nee Ja
> welke?	
<b>Gebruikt u medicijnen?</b>	Nee Ja
-> welke	

Datum:           -       -

Handtekening .....