

Gezondheidsvragenlijst Mondzorg – Volwassenen

Naam:..... Geboortedatum: - - M / V Patiënt code.....

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
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	NEE	JA -> Wat is uw bloeddruk?
	Onderdruk:	Bovendruk:
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	NEE	JA
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	NEE	JA
Heeft u 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, vaaierende ziekte?	NEE	JA
Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (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? JA/NEE
Heeft u bloedarmoede?	NEE	JA
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of 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 kunstgebit?	NEE	JA
Bent u bestraald vanwege een tumor aan uw hals of in uw hoofd?	NEE	JA
Rookt u?	NEE	JA -> Hoeveel per dag?
Gebruikt u alcohol?	NEE	JA -> Hoeveel glazen per dag?
VROUWEN: Bent u zwanger en/of geeft u borstvoeding?	NEE	JA
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	NEE	JA -> Welke?
Gebruikt u medicijnen?	NEE	JA -> Welke?

Datum: - - Handtekening.....