

PERSOONSgegevens

Naam/voornaam :
 Adres :
 Postcode/woonplaats :
 Geboortedatum :
 Telefoon privé :
 werk :
 mobiel :
 e-mail :
 Beroep :
 Verzekering + nummer : wel/geen aanvullende tandartsverz.
 Tandarts : tel
 Huisarts : tel
 Specialist : tel

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheilkundige/mondhygiënische behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Ik verzoek u onderstaande lijst zorgvuldig in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. De ASA scores zijn bij het invullen van deze lijst voor u niet van belang.

Indien een vetgedrukte vraag met nee is beantwoord kunnen de subvragen overgeslagen worden.

MEDISCHE GEGEVENS/GEZONDHEIDSVRAGENLIJST	ja/nee	ASA	
1. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens tandheilkundige of mondhygiënische behandeling?	0	0	
Zo ja,			
Aard van de complicaties (bijv. nabloeding, flauwvallen).....		II	
Bij welke behandelaar			
Wanneer			
2. Heeft u ooit medische problemen/bijwerkingen gehad bij gebruik van medicijnen?	0	0	
Aard van de problemen			
Bij welke medicijnen			
3. Bent u bang voor een tandheilkundige of een mondhygiënische behandeling?	0	0	
4. Heeft u voor een tandheilkundige behandeling antibioticum nodig?	0	0	
5. Heeft u last van hyperventileren?	0	0	II
Zo ja,			
Voelt u de aanval aankomen?	0	0	
6. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?	0	0	II
Zo ja,			
- heeft u hiervoor medicijnen bij u? zo ja, waar.....			
- heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0	III
- heeft u ook klachten in rust?	0	0	IV
- nemen de klachten de laatste tijd toe?	0	0	IV
- heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	0	0	IV

	ja/nee	ASA
7. Heeft u een hartinfarct gehad?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	0 0	IV
- hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	0 0	III
- ondervindt u nog steeds klachten?	0 0	III
8. Heeft u een hartgeruis, hartklepgebrek of acuut rheuma (gehad)?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek	0 0	III?
- bent u aan een hartklepgebrek geopereerd?	0 0	II
9. Heeft u een kunstheup of kunsthartklep?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u na de kunsthartklep-operatie klachten gehouden?	0 0	III
- heeft u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	0 0	II
10. Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hartvaatoperatie ondergaan?	0 0	II
Zo ja,		
- was dit een 'bypass-operatie'?	0 0	II
- heeft u na deze operatie klachten gehouden?	0 0	II
- heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden?	0 0	IV
11. Heeft u een pacemaker?	0 0	II
12. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	0 0	II
Zo ja,		
- moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	0 0	III
- wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	0 0	IV
- bent u onder behandeling van een trombosedienst?	0 0	II
13. Heeft u last van hartfalen?	0 0	II
Zo ja,		
- slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt	0 0	III
- wordt u bij plat liggen kortademig?	0 0	IV
14. Heeft u een hoge bloeddruk?	0 0	II
Zo ja,		
- is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	0 0	II
- is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	0 0	III
- is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	0 0	III
- is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	0 0	IV
15. Heeft u een lage bloeddruk?	0 0	I
16. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	0 0	IV
- heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?	0 0	III
17. Heeft u epilepsie?	0 0	
Zo ja,		
- wisselt u regelmatig van medicijnen?	0 0	III
- heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	0 0	IV
- hoe kenmerkt uw aanval zich? Hoe lang duurt deze (begin-verloop-herstel)		
.....		
18. Heeft u astma?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u daar nu last van?	0 0	III
- als u een aanval hebt, helpen uw medicijnen dan voldoende?	0 0	IV
- heeft u medicijnen bij u? Zo ja, waar.....		

	ja/nee	ASA
19. Heeft u hooikoorts?	0 0	II
Zo ja,		
Gebruikt u hiervoor medicijnen?	0 0	
20. Heeft u slechte longen?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u tuberculose?	0 0	II
- heeft u klachten van de tuberculose?	0 0	III
- bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	0 0	III
- bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?	0 0	IV
21. Bent u allergisch voor antibiotica of andere medicijnen, verdovingsvloeistof, medische materialen of andere stoffen?	0 0	II
Zo ja, welke.....		
22. Heeft u suikerziekte?	0 0	II
Zo ja,		
Gebruikt u insuline?	0 0	II
- bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)	0 0	III
- heeft u medicijnen bij u? Zo ja, waar.....		
23. Lijdt u aan een schildklierziekte?	0 0	II
Zo ja,		
- wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	0 0	III
- heeft u, ondanks behandeling, klachten gehouden?	0 0	IV
24. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Bijvoorbeeld: Pfeiffer, geslachtsziekte, HIV, Hepatitis A, B of C.	0 0	
Zo ja,		
- sinds wanneer?		
25. Heeft u langer dan zes maanden een leverziekte (bijv. Hepatitis A, B, C, D, E, F,G)?	0 0	II
Zo ja,		
- bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	0 0	III
- heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	0 0	IV
26. Heeft u een nierziekte?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u nierfunctie-vervangende behandeling?	0 0	II
- heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	0 0	III
- heeft u een niertransplantaat?	0 0	IV
27. Lijdt u langer dan 6 maanden aan maag/darmklachten?	0 0	II
Zo ja,		
- heeft u regelmatig 's nachts diarree?	0 0	II
- heeft u langer dan 6 maanden diarree?	0 0	III
- heeft u daarbij koorts?	0 0	IV
28. Heeft u bloedarmoede met klachten? (moe, duizelig)	0 0	II
29. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	0 0	II
Zo ja,		
- bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen en krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	0 0	II
30. Heeft u een kwaadaardige ziekte of bloedziekte (gehad)?	0 0	III
Zo ja,		
- welke?		
- bent u onder behandeling?	0 0	III
- bent u bestraald voor een tumor aan hoofd of hals?	0 0	III
- zo ja, wanneer?		

	ja/nee	ASA	
31. Ondergaat u op dit moment chemotherapie of heeft u onlangs chemotherapie ondergaan?	0	0	
Zo ja,			
- wanneer was uw laatste kuur?.....			
- waarvoor?.....			
32. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?	0	0	
Zo ja, welke?			
- voor het hart? bijv. bloedverduuners of antistollingsmiddelen	0	0	
- hoge bloeddruk			
- aspirine of andere pijnstillers?	0	0	
- voor suikerziekte?	0	0	
- allergie	0	0	
- prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	0	0	
- huid-/ darm-/ reumatische ziekte	0	0	
- kanker of bloedziekten?	0	0	
- penicilline of andere antibiotica?	0	0	
- kalmerende middelen, slaapmiddelen, antidepressiva of verdovende middelen?	0	0	
- andere medicijnen, bijvoorbeeld homeopathische medicijnen?	0	0	
33. Gebruikt u de anticonceptiepil of andere hormoonpreparaten?	0	0	
34. Bent u zwanger?	0	0	II
Zo ja,			
- bent u korter dan 3 maanden zwanger?	0	0	III
35. Rookt u?	0	0	
Zo ja, wat en hoeveel?.....			
36. Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?	0	0	
37. Gebruikt u drugs?	0	0	
38. Lijdt u aan stress?	0	0	
39. Volgt u een dieet?	0	0	
Zo ja, waarvoor?			
40. Heeft u een ziekte of een ander medisch probleem welke niet genoemd is en waarvan u denkt dat ik het zou moeten weten?	0	0	
41. Zijn er andere bijzonderheden of beperkingen waar ik rekening mee moet houden bij de behandeling?	0	0	

Eventuele op- en of aanmerkingen kunt u kwijt op de achterkant van deze pagina.

PLAATS: **DATUM:** **HANDTEKENING:**

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.