

Gezondheidsvragenlijst mondzorg - volwassenen - Medisch Geheim

Naam:..... Geboortedatum:.....

Tel:..... Mobielnr:.....

E-mail:.....

Wilt u opgeroepen worden voor de periodieke controle ? Nee Ja

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

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 u bloeddruk onderdruk: bovendruk:
Heeft u pijn op de borst bij inspanning ?	Nee	Ja
Wordt u kortademig als u plat op 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, 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 ja/nee
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 een 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
Vrouwen: bent u zwanger ?	Nee	Ja-> hoeveel weken ?
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja -> welke ?
Gebruikt u medicijnen ?	Nee	Ja -> welke ?

Datum Handtekening.....