GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Tandheelkundig Centrum Hildenberg

Verzenden naar: **balie@tchildenberg.nl**

**Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M/V** **Geb.datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Straat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postcode + plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.privé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel.mobiel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Verzekeraar + Inschrijf.nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Specialist: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Kruis bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Ja Nee** |  |  |
| 1. | Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?..... | **[ ]** **[ ]**  | Zo ja, wat? |  |
| 2. | Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? ……. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, waarvoor? |  |
| 3. | Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, waarvoor? |  |
| 4. | Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?.................................. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, welke ziekte? |  |
| 5. | Bent u ergens allergisch voor?........................................................... | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, waarvoor? |  |
| 6. | Heeft u een hartinfarct gehad?........................................................... | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, wanneer? |  |
| 7. | Heeft u last van hartkloppingen?........................................................  | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 8. | Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?......................................... | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? onderdruk: bovendruk:  |  |
| 9. | Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?.................. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 10. | Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?........................................ | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 11. | Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?.......................................... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 12. | Bent u bij inspanning snel kortademig?............................................. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 13. | Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep?............................... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |
| . | Heeft u een pacemaker (of ICD)?...................................................... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 16. | Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?............................... | **[ ]  [ ]**  | …………………………………………………………….  |  |
| 17. | **Heeft u een kunstprothese? Zo ja, waar en wie is uw behandelaar?....................** | **[ ]  [ ]**  |  **Waar: ………………………….…………………………** **Behandelaar: ………………………TEL:…..………….**  |  |
| 18. | Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?...................................................................................... | **Ja Nee****[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 19. | Heeft u last van hyperventileren?....................................................... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 20. | Heeft u epilepsie, vallende ziekte? .................................................... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 21. | Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? .. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 22. | Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? …………………………………………………………………… | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja/nee ………………………………………………….. |  |
| 23. | Heeft u suikerziekte? ……………………………………………………. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, gebruikt u insuline? ja/nee ……………………. |  |
| 24. | Heeft u bloedarmoede? ………………………………………………… | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 25. | Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? …………………… | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 26. | Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? ... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 27. | Heeft u een nierziekte? …………………………………………………. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 28. | Heeft u chronische maag-darmklachten? …………………………….. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 29. | Heeft een aandoening van de schildklier? ……………………………. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 30. | Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? ………………... | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 31. | Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? ……………………….. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, welke? ……………………………………………….. |  |
| 32. | Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? …………………… | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 33. | Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? . | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 34. | Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? …………. | **[ ]  [ ]**  | ……………………………………………………………. |  |
| 35. | Rookt u? ………………………………………………………………….. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, hoeveel per dag? ……………………………….. |  |
| 36. | Gebruikt u alcohol? ……………………………………………………… | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, hoeveel glazen per week? ……………………… |  |
| 37. | Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? ………………………….. | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, welke? ……………………………………………. |  |
| 38.  39 | Vrouwen: bent u zwanger? ……………………………………………..Gebruikt u anticonceptie (de pil) | **[ ]  [ ]** **[ ]  [ ]**  | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?.............................…………………………………………………………………………… |  |
| 40. | Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?  | **[ ]  [ ]**  | Zo ja, welke? …………………………………………….. |  |
| 41. | Gebruikt u momenteel medicijnen? | **[ ]  [ ]**  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt (tevens ruimte voor opmerkingen)