

Patiëntgegevens:

Naam: _____ Voorletters: _____ man/vrouw*

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Mobielfnummer: _____

Geboortedatum: _____

E-mailadres: _____ BSNnr: _____

Verzekeraar: _____ Relatienummer: _____

Naam vorige tandarts: _____

Naam huisarts: _____

Naam Specialist(en): _____

Algemene Vragen:

1. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Ja/Nee
Wat was de aard van de complicaties? _____
2. Heeft u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen?
Ja / Nee
Wat was de aard van de problemen? _____
Bij welke medicijnen? _____
3. Indien u last heeft van tandartsangst, kunt u dan aangeven op een schaal van 0 tot 10 hoe bang u bent? _____
(0 is nauwelijks bang, 10 is heel bang) _____

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord wat het van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

- | | | | |
|--|------------------|---|------------------|
| 1. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?
Zo ja, waarvoor? _____ | Ja/Nee | 19. Heeft u suikerziekte?
Zo ja gebruikt u insuline ? _____ | Ja/Nee
Ja/Nee |
| 2. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis?
Zo ja, waarvoor? _____ | Ja/Nee | 20. Heeft u wel eens een langdurige bloeding gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? | Ja/Nee |
| 3. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?
Zo ja, welke ziekte? _____ | Ja/Nee | 21. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | Ja/Nee |
| 4. Bent u ergens allergisch voor?
Zo ja, waarvoor? _____ | Ja/Nee | 22. Heeft u een nierziekte? | Ja/Nee |
| 5. Heeft u een hartinfarct gehad?
Zo ja, wanneer? _____ | Ja/Nee | 23. Heeft u chronische maag-darmklachten? | Ja/Nee |
| 6. Heeft u last van hartkloppingen? | Ja/Nee | 24. Heeft u een aandoening van de schildklier? | Ja/Nee |
| 7. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?
Onderdruk _____ Bovendruk _____ | Ja/Nee | 25. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | Ja/Nee |
| 8. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? | Ja/Nee | 26. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | Ja/Nee |
| 9. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? | Ja/Nee | 27. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | Ja/Nee |
| 10. Wordt u kortademig als u plat ligt? | Ja/Nee | 28. Rookt u?
Zo ja hoeveel rookt u per dag? _____ | Ja/Nee |
| 11. Bent u bij inspanning snel kortademig? | Ja/Nee | 29. Gebruikt u alcohol?
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____ | Ja/Nee |
| 12. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | Ja/Nee | 30. Gebruikt u drugs?
Zo ja, welke? _____ | Ja/Nee |
| 13. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Ja/Nee | 31. Vrouwen. Bent u zwanger?
Zo ja wanneer bent u uitgerekend? _____ | Ja/Nee |
| 14. Heeft u een pacemaker (of ICD). | Ja/Nee | 32. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?
Zo ja, welke? _____ | Ja/Nee |
| 15. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | Ja/Nee | 33. Gebruikt u momenteel medicijnen?
Zo ja, vermeld welke medicijnen u gebruikt
_____ | Ja/Nee |
| 16. Heeft u last van hyperventileren? | Ja/Nee | | |
| 17. Heeft epilepsie, vallende ziekte? | Ja/Nee | | |
| 18. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? | Ja/Nee
Ja/Nee | | |

Datum: _____ Handtekening: _____