

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is.
Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Naam	Pat. Nr.	M	V
Geboortedatum	BSN		
1.	Bent u in het laatste jaar door een huisarts of specialist behandeld? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	Naam huisarts:		
	Naam specialist:		
2.	Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige behandeling? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	Heeft u daar nu nog weleens last van?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
3.	Heeft u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Zo ja, welke problemen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	Bij welke medicijnen?		
4.	Heeft u problemen met hart of bloedvaten? Zo ja:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u een hartgeruis of een hartklepgebrek?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u last van hartwakte/hartfalen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Heeft u een pacemaker?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
	o Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
5.	Heeft u een kunstheup?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
6.	Heeft u een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
7.	Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? (b.v. bij hartproblemen)	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
8.	Heeft u een hoge bloeddruk? Zo ja: Wat is uw bovendruk? Wat is uw onderdruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
9.	Heeft u weleens een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad? Zo ja, heeft u deze in de afgelopen 6 maanden gehad?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
10.	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
11.	Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie, vallende ziekte? Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
12.	Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
13.	Heeft u problemen met de luchtwegen/longen? Heeft u astma? Heeft u hooikoorts?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
14.	Bent u allergisch? Zo ja, waarvoor? (doorhalen wat niet van toepassing is) Antibiotica / Penicilline / Rubber / Jodium / Pleisters / Metaal / Nikkel Anders. nl.:	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

15.	Heeft u suikerziekte? Zo ja, spuit u insuline? Als u suikerziekte heeft, bent u goed ingesteld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
16.	Is bij u een schildklierafwijking vastgesteld? Zo ja, werkt uw schildklier te snel / langzaam? (<i>doorhalen wat niet van toepassing is</i>)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
17.	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Zo ja, welke? Wanneer?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
18.	Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
19.	Heeft u problemen met maag of darmen? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
20.	Heeft u bloedarmoede? Zo ja, ondervindt u hiervan klachten? Welke?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
21.	Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Zo ja, welke? Wordt u daarvoor behandeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
22.	Is bij u een verhoogde bloedingneiging vastgesteld? Zo ja, bloedt u langer dan 1 uur na verwonding? Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
23.	Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja, was dit minder dan 5 jaar geleden? Heeft u hiervan klachten in de mond? Welke?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
24.	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
25.	Bent u onder behandeling voor psychische problemen? Zo ja, waarvoor? Gebruikt u hiervoor medicijnen? Welke?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
26.	Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
27.	Vrouwen: bent u op dit moment zwanger? Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
28.	Gebruikt u momenteel andere medicijnen, die nog niet vermeld zijn? Zo ja, WELKE en WAARVOOR ? (graag ook naam en dosering noteren, in blokletters)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
29.	Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
30.	Gebruikt u alcohol of verdovende middelen? Zo ja, welke? Hoe vaak?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
31.	Zijn er nog andere zaken die van belang kunnen zijn en die niet aan de orde zijn gekomen in deze vragenlijst?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

Handtekening patiënt: