



GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam _____ ☐ m ☐ v
Voorletters _____
Voornaam _____
Geboortedatum _____
Straat _____
Postcode en plaats _____
Telefoon/mobiel _____
E-mail _____
Burgerservicenummer _____

Huisarts _____
Specialist (eventueel) _____

Heeft u ooit **medische problemen** of **complicaties** gehad tijdens **tandheelkundige behandeling**? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja, welke? _____

Bij welke tandarts? _____

Heeft u ooit medische problemen gehad bij gebruik van **medicijnen**? ☐ Ja ☐ Nee
Zo ja: welke? _____

Bij welke medicijnen? _____



- Heeft u pijn of een **knellend gevoel op de borst** bij inspanning (angina pectoris)? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? ☐ Ja ☐ Nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ook klachten in rust? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een **hartinfarct** gehad? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? ☐ Ja ☐ Nee
- Ondervindt u nog steeds klachten? ☐ Ja ☐ Nee
- Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een **hartgeruis** of **hartklepgebrek**? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een **kunstheup** of een **kunsthartklep**? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u korter dan zes maanden geleden een **vaatoperatie** ondergaan? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja, bij één van deze drie vragen:
- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u klachten als gevolg van het hartklepgebrek? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u zonder inspanning aanvallen van **hartkloppingen**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? ☐ Ja ☐ Nee
- Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u last van **hartzwakte**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Heeft u 's avonds gezwollen voeten? ☐ Ja ☐ Nee
- Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren? ☐ Ja ☐ Nee
- Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? ☐ Ja ☐ Nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u last van **hyperventileren**? ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u ooit **flauwgevallen** bij een tandheelkundige behandeling of medische behandeling? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een **hoge bloeddruk**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Is uw **bovendruk** meestal tussen 160 en 200? ☐ Ja ☐ Nee
- Is uw **onderdruk** meestal tussen 95 en 115? ☐ Ja ☐ Nee
- Is uw **bovendruk** meestal 200 of hoger? ☐ Ja ☐ Nee
- Is uw **onderdruk** meestal 115 of hoger? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u **verlammingen** (beroertes of attaque) of **spraakstoornissen** gehad? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? ☐ Ja ☐ Nee



- Gebruikt u medicijnen tegen **epilepsie**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicatie? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u **astma**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Heeft u daar nu last van? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u **slechte longen**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op? ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer zo treden? ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u kortademig bij het aankleden? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u **hooikoorts**? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ooit een **allergische reactie** gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Gebruikt u voor uw allergie medicijnen? ☐ Ja ☐ Nee
- Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? ☐ Ja ☐ Nee
- Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? ☐ Ja ☐ Nee
- Waarvoor bent u allergisch? _____
- Heeft u **suikerziekte**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Gebruikt u insuline? ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)? ☐ Ja ☐ Nee
- Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte? ☐ Ja ☐ Nee
- Is bij u een **versterkte schildklierfunctie** vastgesteld? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ondanks de behandeling klachten? ☐ Ja ☐ Nee
- Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u ondanks de behandeling klachten? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een **leverziekte**? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Langer dan 6 maanden? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? ☐ Ja ☐ Nee
- Heeft u een **chronische nierziekte** waarvoor u een dieet gebruikt? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Heeft u een nierfunctievervangende behandeling? ☐ Ja ☐ Nee
- Bent u door **chronische maag-darmklachten** meer dan 5 kg vermagerd? ☐ Ja ☐ Nee
- Zo ja: Heeft u langer dan zes maanden, ook diarree 's nachts? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u **bloedarmoede** met klachten (moe, duizelig)? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja: Welke? _____

Bent u onder behandeling? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u koorts in aanvallen? ☐ Ja ☐ Nee

Is bij u een **bloedingsneiging** vastgesteld? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja: Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? ☐ Ja ☐ Nee

Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? ☐ Ja ☐ Nee

Bent u **bestraald** voor een tumor of gezwel aan uw hoofd of hals? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja: Was dit minder dan vijf jaar geleden? ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja: Welke? _____

Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja: ☐ Voor het hart? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Loopt u bij de trombosedienst? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Tegen hoge bloeddruk? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Aspirine of andere pijnstillers? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Voor suikerziekte? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Medicijnen tegen kanker of bloedziekten? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Penicilline of antibiotica? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen? ☐ Ja ☐ Nee

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.

Datum: _____

Handtekening: _____

Sla dit document na het invullen op als een PDF bestand en verstuur het als bijlage naar info@pven.nl