



## GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam \_\_\_\_\_  m  v  
Adres \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
E-mailadres \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
BSN \_\_\_\_\_

Huistandarts \_\_\_\_\_  
Huisarts \_\_\_\_\_  
Specialist (eventueel) \_\_\_\_\_

*Kruis bij de onderstaande vragen 'Ja' of 'Nee' aan. Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld.*

- 1 Heeft u **pijn of een knellend gevoel op de borst** bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?  Ja  Nee
- b. Nemen de klachten de laatste tijd toe?  Ja  Nee
- c. Heeft u ook klachten in rust?  Ja  Nee
- d. Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?  Ja  Nee
- 2 Heeft u een **hartinfarct** gehad? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?  Ja  Nee
- b. Ondervindt u nog steeds klachten?  Ja  Nee
- c. Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct?  Ja  Nee
- 3.1 Heeft u **hartruis** of een **hartklepgebrek**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?  Ja  Nee
- 3.2 Heeft u een **kunsthartklep, pacemaker of kunstheup**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?  Ja  Nee



# Endodontologie

Nijmegen | Horst

- 3.3 Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?  Ja  Nee
4. Heeft u **zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?  Ja  Nee
- b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?  Ja  Nee
5. Heeft u last van **hartzwakte**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u 's avonds gezwollen voeten?  Ja  Nee
- b. Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren?  Ja  Nee
- c. Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders kortademig wordt?  Ja  Nee
- d. Wordt u 's nachts kortademig wakker?  Ja  Nee
6. Heeft u een **hoge bloeddruk**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Is uw *bovendruk* meestal tussen 160 en 200?  Ja  Nee
- b. Is uw *onderdruk* meestal tussen 95 en 115?  Ja  Nee
- c. Is uw *bovendruk* meestal 200 of hoger?  Ja  Nee
- d. Is uw *onderdruk* meestal 115 of hoger?  Ja  Nee
7. Heeft u **verlammingen** (beroertes of attaque) of **spraakstoornissen** gehad? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan hebben?  Ja  Nee
- b. Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?  Ja  Nee
8. Bent u ooit **flauwgevallen** bij een tandheelkundige of medische behandeling?  Ja  Nee
9. Gebruikt u medicijnen tegen **epilepsie**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Wisselt u regelmatig van medicijnen?  Ja  Nee
- b. Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?  Ja  Nee
10. Heeft u last van **hyperventileren**?  Ja  Nee
11. Heeft u **astma**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u daar nu last van?  Ja  Nee
- b. Heeft u koorts in aanvallen?  Ja  Nee
12. Heeft u **slechte longen**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Hoest u meer dan één kopje slijm per dag op?  Ja  Nee
- b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?  Ja  Nee
- c. Bent u kortademig bij het aankleden?  Ja  Nee
- 13.1 Heeft u **hooikoorts**?  Ja  Nee

- 13.2 Heeft u ooit een **allergische reactie** gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
- a. Gebruikt u medicijnen voor uw allergie? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
- b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
- c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?  Ja  Nee
- d. Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
14. Heeft u **suikerziekte**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Gebruikt u insuline?  Ja  Nee
- b. Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycemie)?  Ja  Nee
- c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?  Ja  Nee
15. Is bij u een **versterkte schildklierfunctie** vastgesteld? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?  Ja  Nee
- b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?  Ja  Nee
16. Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?  Ja  Nee
- b. Heeft u ondanks de behandeling klachten?  Ja  Nee
17. Heeft u een **leverziekte**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Langer dan 6 maanden?  Ja  Nee
- b. Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?  Ja  Nee
18. Heeft u een **chronische nierziekte**? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven?  Ja  Nee
- b. Heeft u een nierfunctievervangende behandeling?  Ja  Nee
19. Heeft u **chronische maagdarmklachten** waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Heeft u langer dan 6 maanden diarree?  Ja  Nee
20. Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**?  Ja  Nee
- a. Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
21. Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?  Ja  Nee
22. Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**?  Ja  Nee
- a. Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
- b. Wordt u hiervoor behandeld?  Ja  Nee
23. Is bij u een **bloedingsneiging** vastgesteld? Zo ja,  Ja  Nee
- a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?  Ja  Nee
- b. Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?  Ja  Nee

24. Bent u **bestraald** voor een **tumor of gezwel aan uw hoofd of hals**? Zo ja,  Ja  Nee  
 a. Was dit korter dan vijf jaar geleden?  Ja  Nee
25. Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? Indien u met ja antwoord, geeft u dan ook aan welke medicijnen u gebruikt.  Ja  Nee
- Voor het hart? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
  - Loopt u bij de trombosedienst? Zo ja, bij welke dienst en welke middelen, in welke dosering? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
  - Tegen hoge bloeddruk? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
  - Gebruikt u regelmatig aspirine? Zo ja, hoe vaak? \_\_\_\_\_  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
26. **Rookt** u? Zo ja, hoeveel? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
27. Bestaat de mogelijkheid dat u **zwanger** bent?  Ja  Nee
28. Heeft u een **ziekte, aandoening of stoornis waar niet naar is gevraagd**?  Ja  Nee  
 a. Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

**Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.**

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening patiënt: \_\_\_\_\_

Naam en handtekening behandelaar: \_\_\_\_\_

*Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons) gegevens. De Praktijk voor Endodontologie gaat zorgvuldig met uw persoonsgegevens om, zoals vermeld in de aan u verstrekte privacyklaring. Deze verklaring is ten alle tijden op de website [www.pven.nl](http://www.pven.nl) terug te vinden.*

**Praktijk voor Endodontologie Nijmegen / Horst**

**Nijmegen:** St. Annastraat 255 | 6525 GR Nijmegen | 024-360 42 26 | [info@pven.nl](mailto:info@pven.nl) | [www.pven.nl](http://www.pven.nl)

**Horst:** Gasthuisstraat 89 | 5961 GA Horst | 077-760 00 99 | [info@pveh.nl](mailto:info@pveh.nl)