

Naam: _____ m/v

Geb.datum: _____

Patiëntnummer: _____

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

H.H. Bruins, J.R.E. Haalboom & R. Koole, versie 2.02, 2002

Huisarts: _____

Handtekening: _____

Actualisering medische anamnese:

datum: _____

datum: _____

datum: _____

datum: _____

Kruis bij de volgende vragen het antwoord 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, wat? _____	
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, waarvoor? _____	
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, waarvoor? _____	
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke ziekte? _____	
5. Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, waarvoor? _____	17
6. Heeft u een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, wanneer? _____	58
7. Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		51
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? onderdruk: _____ bovendruk: _____	69
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		55
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		49
12. Bent u bij inspanning snel kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		49
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		48,201
14. Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		48,202
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		51
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		143
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		250
18. Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		251

A.u.b. verdergaan op de volgende bladzijde

De nummers hiermaast verwijzen naar de betreffende bladzijden in het Medisch Tandheelkundig Memo 2003. Het Medisch Tandheelkundig Memo 2003 is een uitgave van Bohn Stafleu van Lognum, Houten/Diegem, 2002

19.	Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		99
20.	Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		102
21.	Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee	88
22.	Heeft u suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / nee	43
23.	Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		24
24.	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		135
25.	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		82
26.	Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		93
27.	Heeft u chronische maagdarmlachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		191
28.	Heeft u een aandoening van de schildklier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		123
29.	Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		31
30.	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke? _____	85,63 128,244
31.	Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		112
32.	Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		112
33.	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		197,230
34.	Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, hoeveel per dag? _____	48,88, 147
35.	Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, hoeveel glazen per week? _____	83,147
36.	Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke? _____	112
37.	Vrouwen: bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____	282
38.	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke? _____	
39.	Gebruikt u momenteel medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt (tevens ruimte voor opmerkingen)				

De nummers hiernaast verwijzen naar de betreffende bladzijden in het Medisch Tandheelkundig Memo 2003. Het Medisch Tandheelkundig Memo 2003 is een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, 2002