

## Gezondheidsvragenlijst

**Wilt u zo vriendelijk zijn de nu volgende vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden?**

Bent u gezond? ja / nee

Bent u momenteel onder behandeling van een arts of specialist? Ja / nee

Zo ja, bij wie?.....

.....

Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige/mondhygiënische behandeling?..... ja / nee

Gebruikt u medicijnen? Ja / nee

Zo ja, welke en waarvoor?.....

.....

.....

.....

Rookt u? ja / nee

Zo ja, hoeveel?.....

### Hart

- Heeft u een hartinfarct gehad?
- Heeft u een hartklepafwijking?
- Heeft u last van hartkloppingen?
- Heeft u soms last van een knellend gevoel (angina pectoris)?
- Heeft u onlangs een operatie, bypass of dotterbehandeling ondergaan?

### Bloed en bloedvaten

- Heeft u een hoge / lage bloeddruk?
- Gebruikt u bloedverdunders?
- Bent u onder controle van de trombose-dienst?
- Heeft u een vaatoperatie ondergaan?
- Heeft u een beroerte gehad (verlammen of spraakstoornissen)?

Reuma

Diabetes

COPD / Astma

bestraling hoofd / hals

hyperventilatie

zwangerschap

nieren

epilepsie

kunstheupen / gewrichten

allergie, bijv. voor medicijnen

schildklierafwijkingen

hepatitis A, B of C

lever

stress / fobie / angst

besmettelijke ziekte / SOA / HIV / Aids

ziekte van.....

Gaat u akkoord met het feit dat ik in het belang van de mondhygiënische behandeling contact op zou kunnen nemen met uw huisarts of specialist? Ja / nee

Naam.....Datum:.....

Adres.....

Geboortedatum:.....

Telefoonnummer.....