



Gezondheidsvragenlijst en persoonlijke gegevens

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorg maatregelen. Het is dus – in uw belang – erg belangrijk voor ons dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijke behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Wilt u s.v.p. het juiste antwoord aanvinken?

!!Het ASA-gedeelte dient ingevuld te worden door de tandarts!!

	Ja	Nee	ASA
1. Bent u gezond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Is er in het afgelopen jaar iets in uw gezondheid veranderd? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wanneer bent u voor het laatst medisch onderzocht? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Bent u onder behandeling van een arts, medisch specialist, psycholoog of psychiater? Zo ja, waarvoor wordt u behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
5. Bent u in de afgelopen 5 jaar in een ziekenhuis opgenomen geweest? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
6. Heeft u ooit een ernstige ziekte gehad of een operatie ondergaan? Zo ja, welke ziekte? welke operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
7. Bent u voor een tumor of gezwel aan uw hoofd, hals of nek geopereerd of bestraald of heeft u daarvoor een chemokuur gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
8. Heeft u een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

	Ja	Nee	ASA
9. Heeft u last van duizelingen of flauwvallen bij een tandheelkundige behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IV
10. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van medicatie of aanraking met medische materialen? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
is de allergische reactie opgetreden na plaatselijke verdoving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III
bent u allergisch voor handschoenen van rubber (latex) of jodium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IV
is de allergie opgetreden bij de tandarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IV
11. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartkleppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
			<input type="checkbox"/> III
			<input type="checkbox"/> IV
12. Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
			<input type="checkbox"/> III
			<input type="checkbox"/> IV
13. Heeft u hartvaat-problemen, hartkloppingen, een hartaanval of een hartvaatoperatie gehad? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> III
bent u snel kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IV
wordt u kortademig als u gaat liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
heeft u een pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Heeft u een lage / hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
15. Heeft u ooit een langdurige bloeding gehad na een extractie, operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
			<input type="checkbox"/> III
			<input type="checkbox"/> III
16. Heeft u een beroerte of attaque gehad (verlammingen / spraakstoornissen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
			<input type="checkbox"/> III
			<input type="checkbox"/> IV
17. Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
18. Heeft u een neusbijholte – ontsteking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
19. Heeft u astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
20. Dient u alvorens een tandheelkundige behandeling te laten uitvoeren een preventieve antibioticum behandeling te starten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
21. Heeft u eczeem of huiduitslag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
22. Heeft u epilepsie of epilepsie gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II

	Ja	Nee	ASA
23. Heeft u gewrichtsontstekingen (reuma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
24. Heeft u een maagzweer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
25. Heeft u een leverziekte (geelzucht of hepatitis) of een leverziekte gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
26. Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
27. Heeft u tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
28. Heeft u schildklierproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II
29. Gebruikt u medicijnen? Zoja, welke en waarvoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30. Heeft u suikerziekte (diabetes)? Zoja, gebruikt u hiervoor insuline of tabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Rookt u? Zoja, hoeveel sigaretten per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Lijdt u aan stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag, verdovende middelen of drugs? Zoja, welk(e) middel(en) gebruikt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Heeft u last van een slechte adem of smaak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Bent u zwanger? Zoja, wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Hoe bent u over ons te weten gekomen?			

Naam + voorletters

.....

Straat

.....

Postcode + plaats

.....

Geb. datum

.....

BSN NUMMER

.....

Tel.privé

.....

Tel.mobiel

.....

E.mail

.....

Verzekeraar

.....

Huisarts

.....

Specialist

.....

Ik geef Tandartspraktijk Niv Dent toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen mondzorg. Deze toestemming omvat mede:

- I. het verwerken van persoonsgegevens aanwezig in mijn patiëntendossier;
- II. het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van declaraties;
- III. het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling.
- IIII.Toestemming om de nota van Famed digitaal te ontvangen.

WIJ VERZOEKEN UW ONS OP DE HOOGTE TE HOUDEN VAN IEDERE VERANDERING IN UW MEDISCHE STATUS.

Datum:

Handtekening: