

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

De algemene gezondheid, medicijngebruik of leefgewoonten kunnen een invloed hebben op het ontstaan of de behandeling van tandvleesproblemen. Het is daarom van groot belang dat wij hiervan tevoren op de hoogte zijn. Wilt u daarom onderstaande vragenlijst zorgvuldig invullen? Vragen die onduidelijk zijn of waarop u geen antwoord kunt geven mag u open laten. De tandarts-parodontoloog zal deze vragen met u bespreken wanneer u voor de eerste keer in de praktijk komt. Vanzelfsprekend worden uw gegevens vertrouwelijk behandeld.

NAAM + VOORLETTERS

GESLACHT M V

GEBOORTEDATUM

STRAAT

POSTCODE + PLAATS

TELEFOON [PRIVÉ]

TELEFOON [WERK]

E-MAIL

BEROEP/DAGELIJKSE WERKZAAMHEDEN

BIJ WELKE ZORGVERZEKERAAR BENT U VERZEKERD?

[NAAM ZORGVERZEKERAAR + UZOVI-CODE]

[INSCHRIJFNUMMER]

BURGER SERVICE NUMMER [SOFINUMMER]

HEEFT U EEN TANDARTSVZERKERING?

JA

NEE

ZO JA, WELKE?

TANDARTS [NAAM + PLAATS]

MONDHYGIËNIST [NAAM + PLAATS]

HUISARTS [NAAM + PLAATS]

SPECIALIST [NAAM + PLAATS]

LET OP : WILT U ZO VRIENDELIJK ZIJN ONS OP DE HOOGTE TE STELLEN ALS IN BOVENSTAANDE GEGEVENS VERANDERINGEN OPTREDEN?

1 BENT U MOMENTEEL ONDER MEDISCHE BEHANDELING OF ONDER CONTROLE VOOR UW GEZONDHEID? JA NEE
ZO JA, WAARVOOR? _____

2 MEDICIJNGEBRUIK
GEBRUIKT U OP DIT MOMENT MEDICIJNEN? [NB OOK PIJNSTILLERS NOEMEN] JA NEE
ZO JA, WELKE? _____
HOEVEEL PER DAG? _____ SINDS WANNEER? _____

HEEFT U IN HET VERLEDEN GEDURENDE LANGE TIJD MEDICIJNEN GEBRUIKT? JA NEE
ZO JA, WELKE? _____
HOEVEEL PER DAG? _____ WANNEER? _____

HEEFT U IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN ANTIBIOTICA GEBRUIKT? JA NEE
ZO JA, WELKE? _____
WAARVOOR? _____
WANNEER? _____

VOOR VROUWEN: GEBRUIKT U DE PIL? JA NEE

3 HEEFT U ÉÉN VAN DE VOLGENDE ZIEKTES OF PROBLEMEN [GEHAD]? ZO JA, WANNEER?

	WANNEER?		WANNEER?
AANGEBOREN HARTAFWIJKING	<input type="checkbox"/> JA _____ <input type="checkbox"/> NEE	BLOEDARMOEDE	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
HARTINFARCT	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	EPILEPSIE	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
HARTGERUIS/HARTKLEPDEFECT	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	FLAUWVALLEN/WEGRAKEN	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
PIJN/KNELLEND GEVOEL IN DE BORST BIJ INSPANNING	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	DIABETES [SUIKERZIEKTE]	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
ACUUT RHEUMA	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	HEPATITIS [GEELZUCHT]	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
RHEUMA	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	GESLACHTSZIEKTE[S]	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
HOGE/LAGE BLOEDDRUK	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	AIDS/HIV-POSITIEF	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
ASTHMA/BRONCHITIS	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	LEUKAEMIE	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
HYPERVENTILATIE	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	SCHILDKLIERAFWIJKINGEN	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
THROMBOSE/LONGEMBOLIE	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	STRESS/OVERSPANNEN	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
BEROERTE [HERSENBLOEDING]	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE	TRANS-, IMPLANTATIE	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
HAEMOPHILIE [BLOEDZIEKTE]	<input type="checkbox"/> JA _____ <input type="checkbox"/> NEE	MAAG/DARMPROBLEMEN	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE
		ANDERE ZIEKTES	<input type="checkbox"/> JA, _____ <input type="checkbox"/> NEE

4 HEEFT U OP DIT MOMENT EEN VERMINDERDE WEERSTAND? JA NEE

5 BENT U OOIT GEOPEREERD? JA NEE
ZO JA, WAARVOOR EN WANNEER? _____

BENT U OOIT IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN GEWEEST? JA NEE
ZO JA, WAARVOOR EN WANNEER? _____

BENT U OOIT BESTRAALD? JA NEE
ZO JA, WAARVOOR EN WANNEER? _____

- 6** ROOKT U? JA NEE
 ZO JA, HOEVEEL?

- HEEFT U OOIT GEROOKT? JA NEE
 ZO JA, WANNEER EN HOEVEEL?

- 7** BENT U OVERGEVOELIG/ALLERGISCH VOOR ANTIBIOTICA JA NEE
 ZO JA, VOOR WELKE?

- BENT U OVERGEVOELIG/ALLERGISCH VOOR PIJNSTILLERS JA NEE
 ZO JA, VOOR WELKE?

- BENT U OVERGEVOELIG/ALLERGISCH VOOR ANDERE GENEESMIDDELEN JA NEE
 ZO JA, VOOR WELKE?

- BENT U OVERGEVOELIG/ALLERGISCH VOOR JODIUM JA NEE
- BENT U OVERGEVOELIG/ALLERGISCH VOOR ANDERE STOFFEN JA NEE
 ZO JA, VOOR WELKE?

- 8** HEEFT U SNEL LAST VAN BLAUWE PLEKKEN? JA NEE
 HEEFT U OOIT EEN LANGE NABLOEDING GEHAD NA HET TREKKEN VAN TANDEN/KIEZEN OF NA EEN
 ANDERE BEHANDELING IN DE MOND? JA NEE
- 9** HEEFT U WEL EENS EEN ABNORMALE REACTIE GEHAD OP EEN PLAATSELIJKE VERDOVING,
 BIJVOORBEELD BIJ DE TANDARTS? JA NEE
- 10** IS HET NOODZAKELIJK DAT U EEN PREVENTIEVE ANTIBIOTICUM BESCHERMING KRIJGT
 BIJ BLOEDIGE INGREPEN? JA NEE
- 11** VOOR VROUWEN: BENT U OP DIT MOMENT ZWANGER? JA NEE
 ZO JA, WANNEER VERWACHT U TE BEVALLEN?

- 12** IS ER IETS UIT UW MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS DAT BELANGRIJK IS OM NOG TE VERMELDEN?
 ZO JA, WAT? JA NEE

- IK GEEF DE PARODONTOLOGIE PRAKTIJK GRONINGEN TOESTEMMING MIJN TANDHEELKUNDIGE
 GEGEVENS DIGITAAL (VIA E-MAIL) TE STUREN AAN MIJN TANDARTS, MIJN MONDHYGIËNIST EN
 MIJN SPECIALIST. JA NEE

INGEVULD DD.

HANDTEKENING

TIJDENS UW EERSTE BEZOEK AAN ONZE PRAKTIJK WORDT DEZE LIJST MET U DOORGENOMEN