



Gezondheidsvragenlijst volwassenen

Gezondheidsvragenlijst

Tijdens de eerste afspraak nemen we samen de gezondheidsvragenlijst door. Zo kunnen wij goed bepalen welke behandeling past bij het gebit en de gezondheid van de patient.

Vragenlijst delen met de praktijk

U kunt de vragenlijst afdrukken, invullen en meenemen naar de praktijk, of u kunt deze op uw computer invullen en daarna e-mailen naar info@tandartsenspreijvandergoes.nl. Wij voegen de vragenlijst toe aan uw dossier en zorgen ervoor dat deze vertrouwelijk blijft.

Persoonsgegevens

Naam

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Gezondheidsvragenlijst

1. Is de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	ja	nee	Zo ja, wat?
2. Bent u ergens allergisch voor?	ja	nee	Zo ja, waarvoor?
3. Heeft u wel eens een hartinfarct gehad?	ja	nee	Zo ja, wanneer?
4. Heeft u last van hartkloppingen?	ja	nee	
5. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	ja	nee	Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk: _____
6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	ja	nee	
7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt?	ja	nee	
8. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep?	ja	nee	
9. Heeft u een aangeboren hartafwijking?	ja	nee	
10. Heeft u wel eens een endocarditis doorgemaakt?	ja	nee	
11. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?	ja	nee	
12. Bent u ooit flauwgevalen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	ja	nee	
13. Heeft u epilepsie (vallende ziekte)?	ja	nee	



Tandartsen
**SPREIJ &
VAN DER GOES**

14. Heeft u wel eens een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad?	ja	nee	
15. Heeft u longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	ja	nee	
16. Heeft u suikerziekte?	ja	nee	Zo ja, gebruikt u insuline?
17. Heeft u bloedarmoede?	ja	nee	
18. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of kiezen of een operatie?	ja	nee	
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	ja	nee	
20. Heeft u een nierziekte?	ja	nee	
21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	ja	nee	
22. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	ja	nee	
23. Rookt u?	ja	nee	Zo ja, hoeveel per dag?
24. Vrouwen: bent u zwanger?	ja	nee	
25. Vrouwen: geeft u borstvoeding?	ja	nee	
26. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd?	ja	nee	Zo ja, welke?
27. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bifosfonaat of denosumab)?	ja	nee	Zo ja, welk middel? Tabletten of injectie/infuus?
28. Gebruikt u medicijnen?	ja	nee	Zo ja, welke? (Tevens medicatieoverzicht opvragen bij uw apotheker.)

Opmerkingen

Datum