

Gezondheidsvragenlijst mondzorg – volwassenen

Naam: Geboortedatum: - - man / vrouw Paraaf:

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist?

- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik.
- Als u ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw tandarts hier rekening mee houdt.

Informeert uw tandarts altijd als er iets is gewijzigd in uw gezondheid of uw medicijngebruik. Uw gegevens vallen

onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld.

Neem bij elk bezoek aan uw tandarts een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	NEE	JA
Zo ja, wat is er veranderd?		
Bent u ergens allergisch voor?	NEE	JA
Zo ja, waarvoor?		
Heeft u een hartinfarct gehad?	NEE	JA
Zo ja, wanneer?		
Heeft u last van hartkloppingen?	NEE	JA
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	NEE	JA
Ja -> wat is uw bloeddruk? Onderdruk: Bovendruk:		
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	NEE	JA
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	NEE	JA
Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	NEE	JA
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	NEE	JA
Hebt u wel eens een endocarditis doorgemaakt?	NEE	JA
Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?	NEE	JA
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	NEE	JA
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	NEE	JA
Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad	NEE	JA
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	NEE	JA
Heeft u suikerziekte?	NEE	JA
Zo ja, gebruikt u insuline?		
Heeft u bloedarmoede?	NEE	JA
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	NEE	JA
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	NEE	JA
Heeft u een nierziekte?	NEE	JA
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	NEE	JA
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	NEE	JA
Rookt u?	NEE	JA
Zo ja, hoeveel per dag?		
Vrouwen: bent u zwanger?	NEE	JA
Vrouwen: geeft u borstvoeding?	NEE	JA
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	NEE	JA
Zo ja, welke?		
Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bisfosfonaat of denosumab?)		
Gebruikt u medicijnen?	NEE	JA
Zo ja, welke?		