

Gezondheidsvragenlijst

Persoonlijke gegevens

Naam en voorletter(s): _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Geboortedatum: _____ — _____ — _____
Telefoonnummer (privé / werk): _____
Mobiel nummer: _____
E-mailadres: _____
Naam tandarts: _____
Naam huisarts en / of specialist: _____

Ijsselstraat 15
3401 DJ Ijsselstein

T 030 - 604 6087

F 030 - 604 6531

E info@zorgvoorjegebit.nl

I www.zorgvoorjegebit.nl

Mondverzorging

Hoe vaak poetst u? _____ x per dag; type: handmatig / electrisch; soort: soft / medium / hard

Gebruikt u floss / tandenstokers / ragers? _____ x per week. Anders, nl.: _____

Stelt u het prijs om instructie hiervoor te krijgen? Ja / nee, omdat: _____

Heeft u specifieke problemen in uw mond? Indien ja, welke? _____

Algemene gezondheid

- 1 Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? ja / nee
- 2 Heeft u ooit een hartinfarct gehad? ja / nee
- 3 Heeft u een hartgeruis of een hartklepgebrek?
Heeft u korter dan 6 maanden een hart- of vaatoperatie ondergaan?
Heeft u een pacemaker? ja / nee
- 4 Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? ja / nee
- 5 Heeft u last van hartzwakte (hartfalen)? ja / nee
- 6 Heeft u nu of in het verleden een hoge bloeddruk gehad? ja / nee
- 7 Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld? ja / nee
- 8 Heeft u ooit verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? ja / nee
- 9 Heeft u epilepsie? ja / nee
- 10 Heeft u astma? ja / nee
- 11 Heeft u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? ja / nee
- 12 Heeft u ooit een allergische reactie gehad op antibiotica, aspirine, latex, medische materialen? ja / nee
- 13 Heeft u diabetes? ja / nee
- 14 Heeft u een schildklierziekte? ja / nee
- 15 Heeft u een leverziekte of heeft u deze in het verleden gehad? ja / nee
- 16 Heeft u een nierziekte? ja / nee
- 17 Heeft u of in het verleden ooit een kwaadaardige ziekte (tumor) of bloedziekte gehad? ja / nee
- 18 Heeft u last van hyperventileren? ja / nee
- 19 Bent u ooit flauwgevallen tijdens een medische of tandheelkundige behandeling? ja / nee
- 20 Heeft u bloedarmoede (moe, duizelig)? ja / nee
- 21 Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? Indien ja, welke? _____ ja / nee
- 22 Vrouwen: Bent u zwanger? ja / nee
- 23 Heeft u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Indien ja, welke? _____ ja / nee
- 24 Rookt u? ja / nee

Bedankt voor uw medewerking! Uw gegevens zullen uiteraard vertrouwelijk worden behandeld.

Datum: _____ — _____ — _____

Handtekening: _____