



Medische vragenlijst

Naam en voorletter(s) .....

Adres .....

Geboortedatum .....

Telefoonnummer .....

Mobiel nummer .....

Mail adres .....

Naam tandarts .....

Mondverzorging

Ik poets met een handmatige / elektrische tandenborstel, .....X maal per dag mijn tanden. (hard/medium/soft)

Ik gebruik hierbij de volgende hulpmiddelen: floss / tape / stokers / ragers .....X maal per week.

Daarbij maak ik gebruik van tandpasta van het merk.....

Ik gebruik wel/geen spoelmiddel, merk.....

Tevens maak ik gebruik van de volgende middelen om mijn mond schoon te houden:.....

Medische anamnesese

1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij in spanning ? JA / NEE
2. Heeft u ooit een hartinfarct gehad? JA / NEE
  - a. Is dit korter dan 6 maanden geleden? JA / NEE
3. Heeft u een hartruis of hartklepgebrek? JA / NEE
4. Heeft u een vaatoperatie ondergaan of een pacemaker? JA / NEE
5. Heeft u zonder inspanning last van hartkloppingen? JA / NEE
6. Heeft u last van hartzwakte? JA / NEE
7. Heeft u een hoge bloeddruk of gehad? JA / NEE
  - a. Hoe hoog was de bloeddruk.....
  - b. Krijgt u hiervoor medicijnen? JA / NEE
  - c. Bent u onder behandeling van een arts of specialist hiervoor? JA / NEE
8. Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld? JA / NEE
9. Bent u onder behandeling bij een trombosedienst? JA / NEE
10. Heeft u ooit verlammingen of spraakstoornissen gehad? JA / NEE
11. Heeft u astma? JA / NEE
12. Heeft u longklachten ? JA / NEE
13. Heeft u hooikoorts of allergieën? JA / NEE
  - a. Zo ja, waarvoor .....
14. Heeft u ooit allergische reactie gehad bij gebruik van medische materialen? JA / NEE
15. Heeft u ooit een allergische reactie gehad bij tandheelkundige behandelingen? JA / NEE
  - a. Zo ja, waarvoor .....
16. Heeft u diabetes? JA / NEE
17. Heeft u een schildklierziekte? JA / NEE

18. Heeft u een leverziekte of leverziekte gehad? JA / NEE
19. Heeft u een nierziekte? JA / NEE
20. Heeft u momenteel of in het verleden een kwaadaardige ziekte of bloedziekte gehad? JA / NEE
21. Ondergaat u of heeft u chemotherapie ondergaan? JA / NEE
22. Bent u bestraald voor een tumor in het hoofd-/halsgebied? JA / NEE
23. Heeft u last van hyperventileren? JA / NEE
24. Bent u ooit flauwgevallen tijdens een medische of tandheelkundige behandeling? JA / NEE
25. Rookt u? JA / NEE
- a. Zo ja, hoeveel?.....
26. Gebruikt u alcoholische dranken? JA / NEE
- a. Zo ja, hoeveel? .....
27. Voor vrouwen, bent u zwanger JA / NEE
28. Gebruikt u medicijnen? JA / NEE
- a. Zo ja, welke?.....
- .....
- .....
29. Zijn er bijzonderheden waar wij tijdens de behandeling rekening mee kunnen houden?
- .....
- .....

Datum

Handtekening

.....

.....