**Tandartspraktijk Ouddorp**

**Gezondheidsvragenlijst**

Naam:

Adres:

Postcode/ Woonplaats:

Geboortedatum:

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? J N Zo ja, wat?

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? J N Zo ja, waarvoor?

Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? J N Zo ja, waarvoor?

Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? J N Zo ja, welke ziekte?

Bent u ergens allergisch voor? J N Zo ja, waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad? J N Zo ja, wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen? J N

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? J N Zo ja, wat is dan meestal

 uw bloeddruk?

 Onderdruk:……..Bovendruk:………

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? J N

Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? J N

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? J N

Bent u bij inspanning snel kortademig? J N

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? J N

Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? J N

Heeft u een pacemaker (of ICD)? J N

Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? J N

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische J N

behandeling?

Heeft u last van hyperventileren? J N

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? J N

Heeft u een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? J N

Heeft u last van longklachten, zoals astma, bronchitis, J N Zo ja bent u daarbij benauwd of

of chronische hoest? kortademig? J / N

Heeft u suikerziekte? J N Zo ja, gebruikt u insuline?

Heeft u bloedarmoede? J N

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van

tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? J N

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? J N

Heeft u een nierziekte? J N

Heeft u chronische maag-darmklachten? J N

Heeft u een aandoening van de schildklier? J N

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? J N

Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? J N Zo ja, welke?

Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? J N

Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? J N

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? J N

Rookt u? J N Zo ja, hoeveel?

Gebruikt u alcohol? J N Zo ja, hoeveel glazen per week?

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? J N Zo ja, welke?

Vrouwen: bent u zwanger? J N Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?

Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? J N Zo ja, welke?

Heeft u een kunstknie, kunstheup of iets dergelijks? J N Zo ja, wat?

Gebruikt u momenteel medicijnen? J N Zo ja, welke:…………………………………………..

*U kunt ook een kopie van uw medicijnlijst van uw apotheek aan ons geven*  ………………………………………………………….

 ………………………………………………………….

Datum:………………………………… Handtekening:……………………………………………………………