

**Waarom is deze gezondheidsvragenlijst belangrijk voor ons?**

Een aantal ziekten, afwijkingen en medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Geslacht: .....

**Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee).**

1. Heeft u nu of ooit een aandoening gehad aan één van de volgende organen?

- Hart JA / NEE Zo ja, wat? .....
- Longen JA / NEE Zo ja, wat? .....
- Maag JA / NEE Zo ja, wat? .....
- Darmen JA / NEE Zo ja, wat? .....
- Lever JA / NEE Zo ja, wat? .....
- Nieren JA / NEE Zo ja, wat? .....

2. Gebruikt u bloedverduunners? JA / NEE

3. Komt u bij de trombosedienst? JA / NEE

4. Zijn er stollingsziekten bij u bekend? JA / NEE

5. Heeft u een pacemaker? JA / NEE

6. Heeft u een dierlijke hartklep of een kunsthartklep? JA / NEE

7. Gebruikt u middelen tegen botontkalking? JA / NEE

8. Bent u ooit bestraald in het hoofd /hals gebied? JA / NEE

9. Heeft u diabetes? JA / NEE

10. Heeft u reuma? JA / NEE

11. Heeft u een psychologische aandoening? JA / NEE

12. Heeft u een neurologische ziekte? JA / NEE

13. Heeft u een spierziekte? JA / NEE

14. Is er sprake van dementie? JA / NEE

15. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandarts? JA / NEE

16. Heeft u hepatitis (type A,B of C)? JA / NEE

17. Heeft u overige infectieziekten (HIV, MRSA,TBC)? JA / NEE

18. Bent u momenteel zwanger (indien van toepassing) JA / NEE

Heeft u ziekten of aandoeningen die niet zijn gevraagd? JA / NEE Zo ja, welke?

.....  
.....

*Graag volgende pagina invullen*

19. Bent u allergisch voor iets?      JA / NEE      Zo ja, wat?  
.....

20. Rookt u?      JA / NEE      Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?  
.....

21. Drinkt u alcohol?      JA / NEE      Zo ja, hoeveel glazen per week?  
.....

22. Gebruikt u drugs?      JA / NEE      Zo ja, welke drugs?  
.....

23. Heeft u ooit drugs gebruikt?      JA / NEE      Zo ja, welke drugs?  
.....

24. Gebruikt u medicijnen?      JA / NEE      Zo ja, noteer ALLE medicijnen a.u.b.  
.....  
.....  
.....  
.....

25. Noteer hieronder eventuele bijzonderheden of opmerkingen die u nog heeft.  
.....  
.....  
.....

*Hierbij verklaar ik dat bovenstaande informatie naar waarheid,  
volledig en correct is ingevuld:*

**Datum:** .....

**Handtekening:** .....

*Einde vragenlijst*