

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Tandarts-endodontoloog
Richard Hakse, M.Sc.

LET OP U bewaart dit formulier eerst op uw eigen computer (1). Daarna opent u het formulier in Acrobat Reader (2), vult het in en mailt het ingevulde formulier rechtstreeks naar Endopraktijk Hakse (3).

1) formulier opslaan

2) openen in Acrobat

3) Mail naar de praktijk

Rijkesluisstraat 41
5688 EC Oirschot
T 0499-57 18 54
info@endopraktijkhakse.nl
www.endopraktijkhakse.nl

Naam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Burgerservicenummer _____

Huisarts _____

Specialist (eventueel) _____

Informatie over uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn. Wilt u zo vriendelijk zijn om de volgende vragen over uw gezondheid te beantwoorden, het formulier daarna te ondertekenen en naar de praktijk te mailen of te versturen.

- 1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst** bij inspanning (angina pectoris)? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja Nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja Nee
- Heeft u ook klachten in rust? Ja Nee
- Heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? Ja Nee
- 2. Heeft u een hartinfarct** gehad? Ja Nee
- Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? Ja Nee
- Benoem de complicaties: _____
- Ondervindt u nog steeds klachten? Ja Nee
- Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct? Ja Nee

Vervolg z.o.z ▶

- 3.** Heeft u een **hartgeruis** of **hartklepgebrek**? Ja Nee
- 4.** Heeft u een **kunstheup** of een **kunsthartklep**? Ja Nee
- 5.** Heeft u korter dan zes maanden geleden een **vaatoperatie** ondergaan? Ja Nee
- Zo ja, bij één van bovenstaande drie vragen:
- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja Nee
- Heeft u klachten als gevolg van het hartklepgebrek? Ja Nee
- 6.** Heeft u zonder inspanning aanvallen van **hartkloppingen**? Ja Nee
- Zo ja: Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? Ja Nee
- Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? Ja Nee
- 7.** Heeft u last van **hartzwakte**? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u 's avonds gezwollen voeten? Ja Nee
- Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren? Ja Nee
- Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? Ja Nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker? Ja Nee
- 8.** Heeft u een **hoge bloeddruk**? Ja Nee
- Zo ja: Is uw *bovendruk* meestal tussen 160 en 200? Ja Nee
- Is uw *onderdruk* meestal tussen 95 en 115? Ja Nee
- Is uw *bovendruk* meestal 200 of hoger? Ja Nee
- Is uw *onderdruk* meestal 115 of hoger? Ja Nee
- 9.** Heeft u **verlammingen** (beroertes of attaque) of **spraakstoornissen** gehad? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? Ja Nee
- Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? Ja Nee
- 10.** Bent u ooit **flauwgevallen** bij een tandheelkundige behandeling of medische behandeling? Ja Nee
- 11.** Gebruikt u medicijnen tegen **epilepsie**? Ja Nee
- Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicatie? Ja Nee
- Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen? Ja Nee
- 12.** Heeft u last van **hyperventileren**? Ja Nee
- 13.** Heeft u **astma**? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u daar nu last van? Ja Nee
- 14.** Heeft u **slechte longen**? Ja Nee
- Zo ja: Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op? Ja Nee
- Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? Ja Nee
- Bent u kortademig bij het aankleden? Ja Nee
- 15.** Heeft u **hooikoorts**? Ja Nee

Vervolg z.o.z ▶

- 16.** Heeft u ooit een **allergische reactie** gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? Ja Nee
 Zo ja: Gebruikt u voor uw allergie medicijnen? Ja Nee
 Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Ja Nee
 Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? Ja Nee
 Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? Ja Nee
 Waarvoor bent u allergisch? _____
- 17.** Heeft u **suikerziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Gebruikt u insuline? Ja Nee
 Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)? Ja Nee
 Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte? Ja Nee
- 18.** Is bij u een **versterkte schijdklierfunctie** vastgesteld? Ja Nee
 Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
 Heeft u ondanks de behandeling klachten? Ja Nee
- 19.** Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld? Ja Nee
 Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
 Heeft u ondanks de behandeling klachten? Ja Nee
- 20.** Heeft u een **leverziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Langer dan 6 maanden? Ja Nee
 Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? Ja Nee
- 21.** Heeft u een **chronische nierziekte** waarvoor u een dieet gebruikt? Ja Nee
 Zo ja: Heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling? Ja Nee
- 22.** Bent u door **chronische maag-darmklachten** meer dan 5 kg vermagerd? Ja Nee
 Zo ja: Heeft u langer dan zes maanden diarree? Ja Nee
- 23.** Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Welke? _____
- 24.** Heeft u **bloedarmoede** met klachten (moe, duizelig)? Ja Nee
- 25.** Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Welke? _____
 Bent u onder behandeling? Ja Nee
 Heeft u koorts in aanvallen? Ja Nee
- 26.** Is bij u een **bloedingsneiging** vastgesteld? Ja Nee
 Zo ja: Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? Ja Nee
 Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken? Ja Nee

Vervolg z.o.z ▶

- 27.** Bent u **bestraald** voor een tumor of gezwel aan uw hoofd of hals? Ja Nee
 Zo ja: Was dit minder dan vijf jaar geleden? Ja Nee
- 28.** Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? Ja Nee
 Zo ja: Voor het hart? Ja Nee
 Loopt u bij de trombosedienst? Ja Nee
 Tegen hoge bloeddruk? Ja Nee
 Aspirine of andere pijnstillers? Ja Nee
 Voor suikerziekte? Ja Nee
 Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? Ja Nee
 Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? Ja Nee
 Penicilline of antibiotica? Ja Nee
 Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? Ja Nee
 Andere medicijnen? _____ Ja Nee
- 29. Rookt** u? Zo ja, hoeveel? _____ Ja Nee
- 30.** Gebruikt u dagelijks **verdovende middelen**? Ja Nee
- 31.** Gebruikt u dagelijks meer dan 5 **alcoholische consumpties**? Ja Nee

Ik geef hiermee toestemming informatie in te winnen inzake mijn algemene gezondheid bij huisarts, specialist of tandarts.

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.

Datum _____

Handtekening _____

Sla dit document na het invullen op als een PDF bestand en verstuur het als bijlage naar info@endopraktijkhakse.nl