



Bovenweg 131 • 1834 CD St. Pancras
Tel. 072-5649451
www.mondhygiene-sintpancras.nl
info@mondhygiene-sintpancras.nl

Patiëntgegevens:

Naam: _____ voorletters: _____ man/vrouw

Adres: _____

Postcode+ woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Mobielnummer: _____

Geboortedatum: _____

e-mailadres: _____

BSNnummer: _____

Verzekeraar: _____ relatienummer: _____

Naam tandarts: _____

Naam huisarts: _____

Naam specialist(en): _____

Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

Gezondheidsvragenlijst:

1. Heeft u ooit medische probleem of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Ja/nee
Wat was de aard van de complicatie? _____
 2. Heeft u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Ja/nee
Wat was de aard van de problemen? _____
Bij welke medicijnen? _____
-
- Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja/nee
Zo ja, waarvoor? _____
 - Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis? Ja/nee
Zo ja, waarvoor? _____
 - Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja/nee
Zo ja, welke ziekte? _____
 - Bent u ergens allergisch voor? Ja/nee
Zo ja, waarvoor? _____
 - Heeft u een hartinfarct gehad? Ja/nee
Zo ja, wanneer? _____
 - Heeft u last van hartkloppingen? Ja/nee
 - Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja/nee
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?
Onderdruk.....Bovendruk.....
 - Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? Ja/nee
 - Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? Ja/nee
 - Wordt u kortademig als u plat ligt? Ja/nee
 - Bent u bij inspanning snel kortademig? Ja/nee
 - Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? Ja/nee
 - Heeft u een aangeboren hartafwijking? Ja/nee
 - Heeft u een pacemaker (of ICD) ja/nee
 - Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? Ja/nee
 - Heeft u last van hyperventileren? Ja/nee
 - Heeft u epilepsie? Ja/nee
 - Heeft u last van longklachten, zoals astma of bronchitis? Ja/nee
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja/nee
 - Heeft u diabetes? (suikerziekte) ja/nee
Zo ja, gebruikt u insuline? Ja/nee
 - Heeft u wel eens een langdurige bloeding gehad na het
Trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? Ja/nee

- Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja/nee
- Heeft u een nierziekte? Ja/nee
- Heeft u chronische maag-darmklachten? Ja/nee
- Heeft u een aandoening aan de schildklier? Ja/nee
- Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja/nee
- Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja/nee
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja/nee
- Rookt u? Ja/nee
Zo ja, hoeveel per dag? _____
- Vrouwen. Bent u zwanger? Ja/nee
- Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar
Is gevraagd? Ja/nee
Zo ja, welke? _____
- Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja/nee
Zo ja, welke? _____

Datum:

Handtekening: