



Naam: _____

Geboortedatum: _____

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? **Ja / Nee**
Zo ja, wat? _____
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? **Ja / Nee**
Zo ja, welke ziekte? _____
5. Bent u ergens allergisch voor? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
6. Heeft u een hartinfarct gehad? **Ja / Nee**
Zo ja, wanneer? _____
7. Heeft u last van hartkloppingen? **Ja / Nee**
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? **Ja / Nee**
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk: _____
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? **Ja / Nee**
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? **Ja / Nee**
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? **Ja / Nee**
12. Bent u bij inspanning snel kortademig? **Ja / Nee**
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? **Ja / Nee**
14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? **Ja / Nee**
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? **Ja / Nee**
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? **Ja / Nee**
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? **Ja / Nee**
18. Heeft u last van hyperventileren? **Ja / Nee**
19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? **Ja / Nee**
20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? **Ja / Nee**
21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? **Ja / Nee**
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? **Ja / Nee**



22. Heeft u suikerziekte? **Ja / Nee**
Zo ja, gebruikt u insuline? **Ja / Nee**
23. Heeft u bloedarmoede? **Ja / Nee**
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? **Ja / Nee**
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? **Ja / Nee**
26. Heeft u een nierziekte? **Ja / Nee**
27. Heeft u chronische maagdarmklachten? **Ja / Nee**
28. Heeft u een aandoening van de schildklier **Ja / Nee**
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? **Ja / Nee**
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____
31. Bent u bestraald vanwege een tumor in uw hoofd en/of hals? **Ja / Nee**
32. Rookt u? **Ja / Nee**
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____
33. Gebruikt u alcohol? **Ja / Nee**
Zo ja, hoeveel glazen per dag? _____
34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____
35. Alleen voor vrouwen: bent u zwanger? **Ja / Nee**
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____
36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____
37. Gebruikt u momenteel medicijnen? **Ja / Nee**
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt? _____

Ruimte voor opmerkingen: _____

***Einde vragenlijst. Neemt u deze lijst mee naar uw eerste afspraak bij
Tandartspraktijk Oudwijk***