



Voor uw eerste bezoek dient u onderstaande vragenlijst zo volledig mogelijk ingevuld te hebben. Let op: de vragenlijst is verdeeld over drie pagina's!

Tijdens uw bezoek zal de vragenlijst kort doorgenomen worden en waarna wij u als patiënt kunnen inschrijven.

Vergeet voor uw eerste bezoek niet uw legitimatiebewijs en uw verzekeringspas mee te nemen.

VRAGENLIJST GEZONDHEID

Naam: Voorletter(s): Burgerservicenummer:

Meisjesnaam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboortedatum: Geboorteplaats:

Telefoonnummer (prive):

Telefoonnummer (werk):

Telefoonnummer (mobiel):

Emailadres:

Naam huisarts: Telefoonnummer:

Naam specialist Telefoonnummer:

Naam vorige tandarts: Telefoonnummer:

Zorgverzekeraar: Polisnummer: Uzovi-nummer:

Datum: Handtekening:

Zijn er tijdens een tandheelkundige behandeling ooit medische problemen of complicaties opgetreden?

Ja

Nee

Zo ja, wat was de aard van de complicatie(s)?

Zijn er bij het gebruik van medicijnen ooit medische problemen of complicaties opgetreden?

Ja

Nee

Zo ja, wat was de aard van de complicatie(s)?

Heeft u een hartinfarct gehad?

Ja

Nee

Zo ja, hoelang geleden?

Heeft u een last van een hartgeruis of een hartklepgebrek?

Ja

Nee

Zo ja, hoelang al?

Heeft u last van hyperventileren?

Ja

Nee

Heeft last van epilepsie?

Ja

Nee

Zo ja, heeft u regelmatig aanvallen?

wisselt u regelmatig van medicijnen?

Heeft u ooit last gehad van een allergische reactie op geneesmiddelen, medische materialen of iets anders (bijvoorbeeld jodium, rubber, latex of pleisters)?

Ja

Nee

Zo ja, heeft u hiervoor een arts bezocht?

vond de reactie bij de tandarts plaats?

waarvoor bent u allergisch?

Rookt u?

Ja

Nee

Heeft u last van suikerziekte?

Ja

Nee

Zo ja, gebruikt u insuline?

heeft u vaak hypo- of hyperglycaemie?

Heeft u momenteel last van een besmettelijke ziekte?

Ja

Nee

Heeft u voor een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?

Ja

Nee

Gebruikt u op dit moment medicijnen voor het hart?

Ja

Nee

- Gebruikt u op dit moment medicijnen tegen hoge bloeddruk Ja Nee
- Bent u onder controle van de trombosedienst? Ja Nee
- Gebruikt u aspirine of andere pijnstillers? Ja Nee
- Gebruikt u medicijnen tegen suikerziekte? Ja Nee
- Gebruikt u medicijnen tegen allergie? Ja Nee
- Gebruikt u prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen? Ja Nee
- Gebruikt u medicijnen tegen huid-, darm- of reumatische ziekten? Ja Nee
- Gebruikt u medicijnen tegen kanker of bloedziekten? Ja Nee
- Gebruikt u peniciline of antibiotica? Ja Nee
- Gebruikt u kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva of verdovende middelen? Ja Nee
- Gebruikt u drugs? Ja Nee
- Gebruikt u andere medicijnen? Ja Nee

Zo ja, welke?

**EINDE
VRAGENLIJST**