

Gezondheidsvragenlijst

Achternaam _____ Voorletters _____ Voornaam _____
 Geslacht m v Geboortedatum _____
 Adres: Postcode _____ Straatnaam _____ Huisnummer _____ Huisnummer toev. _____
 Woonplaats _____ Telefoonnummer privé _____ Telefoonnummer werk _____
 Burgerlijke staat: gehuwd ongehuwd samenwonend Beroep _____
 Huisarts _____ Specialist _____

*doorhalen wat van toepassing is

1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?* ja nee
2. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?* ja nee
3. Hebt u een hoge bloeddruk?* ja nee
4. Hebt u last van hyperventileren?* ja nee
5. Hebt u last van hartzwakte?* ja nee
6. Hebt u een hart- of herseninfarct gehad (CVA)?* ja nee
7. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?* ja nee
8. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek?* ja nee
9. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?* ja nee
10. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?* ja nee
11. Hebt u reuma, artrose, artritus?* ja nee
12. Hebt u astma?* ja nee
13. Hebt u longproblemen?* ja nee
14. Hebt u suikerziekte?* ja nee
15. Is bij u een versterkte of verzwakte schildklierfunctie vastgesteld?* ja nee
16. Hebt u een leverziekte (b.v.b. Hepatitis A,B,C)?* ja nee
17. Hebt u een chronische nierziekte?* ja nee
18. Hebt u chronische maag- darmklachten?* ja nee
19. Hebt u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?* ja nee
20. Is bij u een bloedingneiging vastgesteld?* ja nee
21. Loopt u bij de trombosediens?* ja nee
22. Hebt u een kwaadaardige ziekte?* ja nee
23. Wordt u behandeld voor een tumor?* ja nee
24. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?* ja nee
25. Hebt u AIDS?* ja nee
26. Heb u wel eens een abnormale reactie op verdoving gehad?* ja nee
27. Rookt u? Zo ja, hoeveel? _____ ja nee
28. (Vrouwen) Bent u momenteel zwanger?* ja nee
29. Bent u overgevoelig (allergisch) voor één of meer van de volgende middelen?
 Verdovingsvloeistof ja nee Pijnstillers ja nee
 Antibiotica ja nee Andere middelen ja nee Zo ja, welke _____
30. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja, welke en waarvoor?* ja nee
31. Is er iets uit uw medische of tandheelkundige voorgeschiedenis dat belangrijk is om
 nog te vermelden?* ja nee

Tevens machtig ik hierdoor de Praktijk voor tandheelkunde Arnhem om contact op te nemen met mijn huisarts voor het opvragen van de benodigde medische gegevens.

Ingevuld te _____ handtekening _____ d.d. _____