



Gnathologie | Orofaciale Pijn & Disfunctie
Tandheelkundige Slaapgeneeskunde

Mw. J.H.M. Baggen | Tandarts-gnatholoog, NVGPT
Tandarts-slaapgeneeskundige, NVTS

Begijnenstraat 29, 6511WN Nijmegen
T 024- 76004 11 | info@pvgn.nl | www.pvgn.nl

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 de Praktijk
voor Gnathologie (3).

1) formulier opslaan

2) openen in Acrobat

3) mail naar info@pvgn.nl

Patiëntenvragenlijst gnathologie

Naam _____ m v

Voorletters _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____

Straat _____

Postcode en plaats _____

Telefoon/mobiel _____

E-mail _____

Burgerservicenummer _____

Tandarts _____ woonplaats: _____

Huisarts _____ woonplaats: _____

Specialist (eventueel) _____ woonplaats: _____

Heeft u ooit **medische problemen** of **complicaties** gehad tijdens **tandheelkundige behandeling**? Ja Nee
Zo ja, welke? _____

Bij welke tandarts? _____

Heeft u ooit medische problemen gehad bij gebruik van **medicijnen**? Ja Nee
Zo ja: welke? _____

Bij welke medicijnen? _____

- 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 een bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? Ja Nee
- Heeft u een **hartinfarct** gehad? Ja Nee
- Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? Ja Nee
- Ondervindt u nog steeds klachten? Ja Nee
- Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct? Ja Nee
- Heeft u een **hartgeruis of hartklepgebrek**? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja Nee
- Heeft u een **kunsthartklep, pacemaker of kunstheup**? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja Nee
- Heeft u korter dan 6 maanden geleden een **hart- of vaatoperatie** ondergaan? Ja Nee
- 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
- 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
- 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
- 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
- Bent u ooit **flauwgevallen** bij een **tandheekundige** of **medische behandeling**? Ja Nee
- 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

- Heeft u last van **hyperventileren**? Ja Nee
- Heeft u **astma**? Ja Nee
 Zo ja: Heeft u daar nu last van? Ja Nee
 Heeft u koorts in aanvallen?
- Heeft u **slechte longen**? Ja Nee
 Zo ja: Hoest u meer dan één 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
- Heeft u **hooikoorts**? Ja Nee
- 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? Zo ja, welke? _____ Ja Nee
 Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke? _____ Ja Nee
 Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? Ja Nee
 Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? Ja Nee
 Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor? _____ Ja Nee
- 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
- Is bij u een **versterkte schildklierfunctie** vastgesteld? Ja Nee
 Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
 Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten? Ja Nee
- Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld? Ja Nee
 Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
 Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten? Ja Nee
- Heeft u een **leverziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Langer dan 6 maanden? Ja Nee
 Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? Ja Nee
- Heeft u een **chronische nierziekte** waarvoor u een dieet gebruikt? Ja Nee
 Zo ja: Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven? Ja Nee
 Heeft u een nierfunctievervangende behandeling? Ja Nee
- Bent u door **chronische maag-darmklachten** meer dan 5 kg vermagerd? Ja Nee
 Zo ja: Heeft u langer dan 6 maanden diarree? Ja Nee

- Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Welke? _____
- Heeft u **bloedarmoede** met klachten (moe, duizelig)? Ja Nee
- Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**? Ja Nee
 Zo ja: Welke? _____
 Wordt u hiervoor behandeld? Ja Nee
- 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 stoten blauwe plekken? Ja Nee
- 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
- Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? Zo ja, welke? Ja Nee
- Voor het hart? _____ Ja Nee
 - Tegen hoge bloeddruk? _____ Ja Nee
 - Aspirine? Wanneer regelmatig, hoe vaak? _____ Ja Nee
 - Pijnstillers? _____ Ja Nee
 - Voor suikerziekte? _____ Ja Nee
 - Prednison, corticosteroiden 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
 - Loopt u bij de trombosedienst? Zo ja, bij welke dienst en welke middelen / dosering? _____ Ja Nee
- _____
- Gebruikt u dagelijks verdovende middelen? _____ Ja Nee
 - Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag? _____ Ja Nee
- _____
- Rookt** u? Zo ja, hoeveel? _____ Ja Nee
- Bestaat de mogelijkheid dat u **zwanger** bent? Ja Nee
- Heeft u een **ziekte, aandoening of stoornis** waar niet naar gevraagd is? Ja Nee
 Zo ja, welke? _____

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.

Datum: _____

Handtekening: _____

Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons) gegevens. De Praktijk voor Gnathologie gaat zorgvuldig met uw persoonsgegevens om, zoals vermeld in de aan u verstrekte privacyklaring. Deze verklaring is ten alle tijden op de website www.pvgn.nl terug te vinden.

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 de Praktijk voor Gnathologie (3).

1) formulier opslaan

2) openen in Acrobat

3) mail naar info@pvgn.nl