



LET OP U bewaart dit formulier eerst op uw eigen computer, bv. in de map downloads (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

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

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 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 **kuntheup**? 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 regelmatig 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 zo 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? _____

Ja Nee

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, corticosteroïden 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, bv. in de map downloads (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