

Naam: m/v

Geb.datum:

Patiëntnummer:

## GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Bruins, Haalboom & Koole

Goedgekeurd door de

Vereniging voor Medisch Tandheelkundige Interactie (VMTI)

1e concept

Actualisering medische anamnese:

datum:

datum:

datum:

datum:

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

- |  |          |  |        |
|--|----------|--|--------|
| 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 een 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? .....   | 133    |
| 6. Heeft u een hartinfarct gehad?  | Ja / Nee | Zo ja, wanneer? .....  | 36     |
| 7. Heeft u last van hartkloppingen?  | Ja / Nee |  | 32     |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?                                      | Ja / Nee | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?<br>onderdruk: ..... bovendruk: ..... |        |
| 9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?                  | Ja / Nee |  | 34     |
| 10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?                                  | Ja / Nee |  | 30     |
| 11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?                                 | Ja / Nee |  | 30     |
| 12. Bent u bij inspanning snel kortademig?                                     | Ja / Nee |  | 30     |
| 13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?                           | Ja / Nee |  | 38,136 |
| 14. Heeft u een aangeboren hartafwijking?                                      | Ja / Nee |  | 136    |
| 15. Heeft u een pacemaker (of ICD)?  | Ja / Nee |  | 32     |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?                              | Ja / Nee |  | 96     |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Ja / Nee |  | 143    |
| 18. Heeft u last van hyperventileren?  | Ja / Nee |  | 60     |
| 19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?  | Ja / Nee |  | 68,143 |
| 20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?            | Ja / Nee |  | 70,94  |

De nummers hiernaast verwijzen naar de betreffende bladzijden in het  
**Medisch Tandheelkundig Memo editie 2001**

**A.u.b. verdergaan op de tweede pagina**

21.	Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee	60
22.	Heeft u suikerziekte?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / nee	26
23.	Heeft u bloedarmoede?	<b>Ja / Nee</b>		15
24.	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	<b>Ja / Nee</b>		90
25.	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	<b>Ja / Nee</b>		60
26.	Heeft u een nierziekte?	<b>Ja / Nee</b>		64
27.	Heeft u chronische maagdarmklachten?	<b>Ja / Nee</b>		16
28.	Heeft u een aandoening van de schildklier?	<b>Ja / Nee</b>		81
29.	Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<b>Ja / Nee</b>		19
30.	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, welke? .....	40, 85 164, 173
31.	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<b>Ja / Nee</b>		
32.	Rookt u?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, hoeveel per dag? .....	
33.	Gebruikt u alcohol?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, hoeveel glazen per week? .....	
34.	Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, welke? .....	
35.	Vrouwen: bent u zwanger?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? .....	187
36.	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	<b>Ja / Nee</b>	Zo ja, welke? .....	
37.	Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:	<b>Ja / Nee</b>		

Ruimte voor opmerkingen:  
.....  
.....  
.....

**Einde vragenlijst**