

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam en voorletters.....
Geboortedatum.....
Adres.....
Postcode.....
Woonplaats.....
Telefoon/mobiel.....
E-mail adres.....
Naam van uw huisarts.....

naam medicijn	dosis	reden gebruik	gebruik vanaf

- 1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?** **Ja/Nee**
- 1.1 Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? Ja/Nee
- 1.2 Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja/Nee
- 1.3 Hebt u ook klachten in rust? Ja/Nee
- 1.4 Hebt u ondanks een bypass-operatie Dotter-procedure of lasertherapie ondergaan? Ja/Nee
- 2. Hebt u een hartinfarct gehad? Zo nee, ga naar vraag 3** **Ja/Nee**
- 2.1 Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? Ja/Nee
- 2.2 Ondervindt u nog steeds klachten? Ja/Nee
- 2.3 Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? Ja/Nee

3. Hebt u een hartgeruis, een hartklep gebrek?	Ja/Nee
4. Hebt u een kunstheup, knie of kunsthartklep?	
5. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatchirurgie ondergaan?	Ja/Nee
5.1 Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	Ja/Nee
5.2 Hebt u klachten ten gevolge van het hartklep gebrek?	Ja/Nee
6. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? zo nee, ga naar vraag 7	Ja/Nee
6.1 Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen?	Ja/Nee
6.2 Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?	Ja/Nee
7. Hebt u last van hartzwakte? Zo nee, ga naar vraag 8	Ja/Nee
8. Hebt u een hoge bloeddruk? Zo nee, ga door naar vraag 9	Ja/Nee
8.1 Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?	Ja/Nee
8.2 Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?	Ja/Nee
8.3 Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	Ja/Nee
8.4 Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	Ja/Nee
9. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo nee, ga naar vraag 10	Ja/Nee
9.1 Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?	Ja/Nee
9.2 Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	Ja/Nee
10. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja/Nee
11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? Zo nee, ga door naar vraag 12	Ja/Nee
11.1 Wisselt u regelmatig van medicijnen?	Ja/Nee
11.2 Hebt u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	Ja/Nee
12. Hebt u last van hyperventileren?	Ja/Nee
13. Hebt u astma? Zo nee, ga naar vraag 14	Ja/Nee
13.1 Hebt u daar nu last van?	Ja/Nee
14. Hebt u slechte longen? Zo nee, ga naar vraag 15	Ja/Nee
15. Hebt u hooikoorts?	Ja/Nee
16. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelen gebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters) Zo nee, ga door naar vraag 17	Ja/Nee
16.1 Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	Ja/Nee
16.2 Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?	Ja/Nee
16.3 Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	Ja/Nee
16.4 Is de allergie opgetreden bij uw tandarts of mondhygienist?	Ja/Nee

16.5 Waarvoor bent u allergisch?	Ja/Nee
17. Heeft u suikerziekte? Zo nee, ga naar vraag 18	Ja/Nee
17.1 Gebruikt u insuline?	Ja/ Nee
17.2 Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglykemie)?	Ja/Nee
17.3 Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?	Ja/Nee
18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	Ja/Nee
Zo nee, ga naar vraag 19	
18.1 Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	Ja/Nee
18.2 Hebt u ondanks behandeling klachten?	Ja/Nee
19. Is bij u een trage schildklier vastgesteld? Zo nee, ga naar vraag 20	Ja/Nee
19.1 Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	Ja/Nee
19.2 Hebt u onlangs behandeling klachten?	Ja/Nee
20. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt? Zo nee, ga naar vraag 22	Ja/Nee
20.1 Hebt u een nierfunctie vervangende behandeling?	Ja/Nee
22. Hebt u chronische maagklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd? Zo nee, ga naar vraag 23	Ja/Nee
22.1 Hebt u langer dan 6 maanden diaree?	Ja/Nee
23. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja/Nee
23.1 Zo ja, welke?	
24. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?	Ja/Nee
25. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Zo nee, ga naar vraag 26	Ja/Nee
25.1 Zo ja, welke?.....	
25.2 Wordt u hiervoor behandeld?	Ja/Nee
25.3 Hebt u koorts tijdens de aanvallen?	Ja/Nee
26. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo nee, ga naar vraag 27	Ja/Nee
26.1 Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	Ja/Nee
26.2 Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?	Ja/Nee
27. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel hoofd of hals? Zo nee, ga naar vraag 28	Ja/Nee
27.1 Was dit korter dan 5 jaar geleden?	Ja/Nee

28. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo nee, ga naar vraag 28a	Ja/Nee
28.1 Voor het hart?	Ja/Nee
28.2 Loopt u bij de trombosedienst?	Ja/Nee
28.3 Tegen hoge bloeddruk?	Ja/Nee
28.4 Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten)?	Ja/Nee
28.5 Voor suikerziekte?	Ja/Nee
28.6 Prednison, Corticosteroïden of andere afweer remmende middelen?	Ja/Nee
28.7 Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten?	Ja/Nee
28.8 Penicilline of antibiotica?	Ja/Nee
28.9 Kalmerende middelen, slaaptabletten antidepressiva?	Ja/Nee
28.10 Andere medicijnen?	Ja/Nee
28.a Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	Ja/Nee
29. Rookt u?	Ja/Nee
29.1 Zo ja, hoeveel per dag?	
30. Lijdt u aan glaucoom?	Ja/Nee
31. Bent u zwanger?	Ja/Nee
32. Gebruikt u middelen tegen botontkalking?	Ja/Nee
32.1 Zo ja, welke?.....	

Datum.....

Handtekening.....

Bedankt voor uw medewerking,
Team Sophie Ruikes mondhygiënisten