

**GEZONDHEIDSVRAGENLIJST**

De algemene gezondheid, medicijngebruik of leefgewoonten kunnen invloed hebben op het ontstaan of de behandeling van tandvleesproblemen. Het is daarom van groot belang dat wij op voorhand hiervan op de hoogte zijn. Zou u zo vriendelijk willen zijn onderstaande vragenlijst zo zorgvuldig mogelijk in willen vullen?

Vragen die onduidelijk zijn of waarop u geen antwoord kunt geven, mag u open laten. De tandarts-parodontoloog zal deze vragen met u bespreken wanneer u voor de eerste keer in de praktijk komt.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. Dit formulier wordt ingescand op uw patientenkaart en vervolgens vernietigd.

Wilt u s.v.p. de gezondheidsvragenlijst thuis in alle rust invullen en meenemen bij uw eerste bezoek.

Naam	:	_____	Geslacht:	Man / Vrouw
Adres	:	_____		
Postcode	:	_____	Plaats	: _____
Telefoon privé	:	_____	Mobiel	: _____
E-mail	:	_____		
Geboortedatum	:	_____		
Beroep/dagelijkse werkzaamheden	:	_____		
Verzekering	:	_____	Nr	: _____
Burgerservicenummer	:	_____		
Mondhygiëniste	:	_____	te	: _____
Tandarts	:	_____	te	: _____
Huisarts	:	_____	te	: _____
Specialist	:	_____	te	: _____
Reden van verwijzing	:	_____		
Belangrijkste klacht en / of wens	:	_____		

VRAGENLIJST TANDHEELKUNDE:

- Heeft u pijn? Ja / Nee / Soms
Zo ja, waar in de mond? _____
- Heeft u last van bloedend tandvlees? Ja / Nee / Soms
- Zijn er tanden of kiezen erg beweeglijk? Ja / Nee / Soms
- Neemt u soms swelling van uw tandvlees waar? Ja / Nee / Soms
- Zijn er tanden of kiezen die van plaats zijn veranderd? Ja / Nee / Soms
- Heeft u last van een vieze smaak / slechte adem? Ja / Nee / Soms
- Gaat u regelmatig voor tandheelkundige controle? Ja / Nee / Soms
Zo ja, hoe vaak per jaar? : _____ x p.j.
- Heeft u ooit een parodontologische (tandvlees) behandeling gehad bij uw tandarts, mondhygiëniste of andere kliniek? Ja / Nee
- Heeft u ooit losstaande tanden of kiezen verloren (of laten trekken)? Ja / Nee
- Is er thans een uitgebreide tandheelkundige behandeling gaande (bijv. kroon- en/of brugwerk)? Ja / Nee
- Hoe poetst u? Met een elektrische / gewone tandenborstel? Ja / Nee / Soms
- Hoeveel maal per dag poetst u? : _____ x p.d.
- Gebruikt u flos? Ja / Nee / Soms
Zo ja, hoe vaak? : _____ x p.d. / p.w.
- Gebruikt u tandenstokers, Ja / Nee / Soms
Zo ja, hoe vaak? : _____ x p.d. / p.w.
- Gebruikt u interdentaalborstels (ragers)? Ja / Nee / Soms
Zo ja, hoe vaak? : _____ x p.d. / p.w.

**ALGEMENE MEDISCHE VRAGENLIJST:**

1. Bent u op dit moment onder behandeling van een huisarts of medisch specialist?
Zo ja, waarvoor? : _____
2. Bent u in het afgelopen jaar medisch behandeld?
Zo ja, waarvoor? : _____
3. Is het noodzakelijk dat u een preventieve antibioticum bescherming krijgt bij bloedige ingrepen?
: _____
4. Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen geweest?
Zo ja, waarvoor? : _____
5. Heeft u één van de volgende ziektes of problemen (gehad)? Zo ja, wanneer?
- | | | | |
|---|----------|-------------------------|----------|
| Aangeboren hartafwijking | Ja / Nee | Epilepsie | Ja / Nee |
| Hartinfarct | Ja / Nee | Flauwvallen/wegraken | Ja / Nee |
| Hartruis/Hartklepdefect | Ja / Nee | Diabetes (suikerziekte) | Ja / Nee |
| Pijn/Knellend gevoel in de borst bij inspanning | Ja / Nee | Hepatitis (geelzucht) | Ja / Nee |
| Acuut rheuma | Ja / Nee | Geslachtsziekten | Ja / Nee |
| Reuma | Ja / Nee | AIDS/HIV-Positief | Ja / Nee |
| Hoge/lage bloeddruk | Ja / Nee | Leukemie | Ja / Nee |
| Astma/Bronchitis | Ja / Nee | Schildklierafwijkingen | Ja / Nee |
| Hyperventilatie | Ja / Nee | Stress/Overspannen | Ja / Nee |
| Trombose/Longembolie | Ja / Nee | Trans-, Implantatie | Ja / Nee |
| Beroerte(hersenbloeding) | Ja / Nee | Osteoporose | Ja / Nee |
| Hemofilie (bloedziekte) | Ja / Nee | Overige : _____ | |
| Bloedarmoede | Ja / Nee | | |
6. Gebruikt u medicijnen en / of drugs?
Zo ja, welke, waarvoor? : _____
7. Bent u ooit bestraald?
Zo ja, waarvoor en wanneer? : _____
8. Heeft u in de afgelopen 3 maanden een antibioticum kuur gebruikt? Ja / Nee
9. Bent u overgevoelig / allergisch voor één of meerdere van de volgende middelen?
- | | | | |
|---------------------|----------|-----------------|----------|
| Verdovingsvloeistof | Ja / Nee | Pijnstillers | Ja / Nee |
| Jodium | Ja / Nee | Latex | Ja / Nee |
| Antibiotica | Ja / Nee | Andere middelen | Ja / Nee |
10. Heeft u ooit last van nabloedingen na het trekken van tanden of kiezen, operaties of verwondingen? Ja / Nee
11. Rookt u?
- | | | | |
|------------------------------------|------------|-----------------------------|------------|
| Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? | p.d. | Hoe lang al? | Jaar |
| Zo nee, heeft u ooit gerookt? | Ja / Nee | Hoe lang bent u al gestopt? | Jaar |
12. Drinkt u alcohol? Ja / Nee Zo ja, hoeveel glazen per week? p.w.
13. (Vrouwen) Bent u zwanger? Ja / Nee
14. Is er iets uit uw medische voorgeschiedenis dat u nog zou willen vermelden?
Zo ja, kunt u dat toelichten? : _____

Hierbij verklaar ik de huisregels en de privacy- en cookieverklaring van het CPI Amsterdam te hebben gelezen en hier mee akkoord te gaan.

Ingevuld te _____ d.d. _____ Handtekening _____