

Naam:.....
Geb. datum:.....
Datum:.....

Let op: het juiste antwoord omcirkelen!

1	Heeft u pijn of knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,	Ja	Nee
	Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	☐	☐
	Nemen de klachten de laatste tijd toe?	☐	☐
	Heeft u ook klachten in rust?	☐	☐
	Heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	☐	☐
2	Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja,	Ja	Nee
	Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	☐	☐
	Zo ja, welke?.....		
	Ondervindt u nog steeds klachten?	☐	☐
	Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	☐	☐
3	Heeft u een hartgeruis of hartklepgebrek?	Ja	Nee
4	Heeft u een kunstheup of kunsthartklep?	Ja	Nee
5	Heeft u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? Zo ja,	Ja	Nee
5.1	Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	Ja	Nee
	Heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?	☐	☐
6	Heeft u zonder inspanning aanvallen van hart-kloppingen? Zo ja,	Ja	Nee
	Moet u tijdens deze aanvallen rusten?	☐	☐
	Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens deze aanvallen?	☐	☐
7	Heeft u last van hartzwakte? Zo ja,	Ja	Nee
	Heeft u 's avonds gezwollen voeten?	☐	☐
	Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	☐	☐
	Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?	☐	☐
	Wordt u 's nachts kortademig wakker?	☐	☐
8	Heeft u een hoge bloeddruk?	Ja	Nee
	Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?	☐	☐
	Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?	☐	☐
	Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	☐	☐
	Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	☐	☐
9	Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	Ja	Nee
	Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?	☐	☐

	Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	☐	☐
10	Bent u ooit flauwgevalen bij tandheelkundige of medische behandelingen?	Ja	Nee
11	Gebruik u medicijnen tegen epilepsie?	Ja	Nee
	Wisselt u regelmatig van medicijnen?	☐	☐
	Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	☐	☐
12	Heeft u last van hyperventileren?	Ja	Nee
13	Heeft u astma? Zo ja,	Ja	Nee
	Heeft u daar nu last van?	☐	☐
14	Heeft u slechte longen? Zo ja,	Ja	Nee
	Hoest u meer dan 1 kop slijm per dag op?	☐	☐
	Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	☐	☐
	Bent u kortademig bij het aankleden?	☐	☐
15	Heeft u hooikoorts?	Ja	Nee
16	Heeft u een allergische reactie gehad op ge-neesmiddelen, medische materialen of iets anders (jodium, latex, pleisters)? Zo ja,	Ja	Nee
	Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	☐	☐
	Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?	☐	☐
	Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	☐	☐
	Is de allergie opgetreden bij u tandarts?	☐	☐
	Waarvoor bent u allergisch?.....		
17	Heeft u suikerziekte? Zo ja,	Ja	Nee
	Gebruikt u insuline?	☐	☐
	Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglycaemie)?	☐	☐
	Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten t.g.v. suikerziekte?	☐	☐
18	Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,	Ja	Nee
	Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	☐	☐
	Heeft u ondanks behandeling klachten?	☐	☐
19	Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,	Ja	Nee
	Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	☐	☐
	Heeft u ondanks behandeling klachten?	☐	☐
20	Heeft u een leverziekte? Zo ja,	Ja	Nee
	Langer dan 6 maanden?	☐	☐
	Heeft u daarvoor een dieet/medicijnen?	☐	☐

21	Heeft u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt? Zo ja,	Ja	Nee
	Heeft u een nierfunctievervangende behandeling?	☐	☐
22	Lijdt u langer dan 6 maanden aan maag-darm-klachten klachten met ernstige vermagering? Zo ja,	Ja	Nee
	Heeft u langer dan 6 maanden diaree	☐	☐
23	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja,	Ja	Nee
	Welke?.....		
24	Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?	Ja	Nee
25	Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymf-klieren of een bloedziekte?	Ja	Nee
	Welke?.....		
	Wordt u hiervoor behandeld?	☐	☐
	Heeft u koorts in aanvallen?	☐	☐
26	Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	Ja	Nee
	Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	☐	☐
	Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?	☐	☐
27	Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	Ja	Nee
	Was dit minder dan 5 jaar geleden?	☐	☐
28	Gebruikt u op dit moment medicijnen?	Ja	Nee
	Voor het hart?	☐	☐
	Loopt u bij de trombosedienst?	☐	☐
	Tegen hoge bloeddruk?	☐	☐
	Aspirine of andere pijnstillers?	☐	☐
	Voor suikerziekte?	☐	☐
	Prednison, corticosteroïden, of andere afweermiddelen?	☐	☐
	Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	☐	☐
	Penicilline of antibiotica?	☐	☐
	Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?	☐	☐
	Andere medicijnen? Zo ja, Welke?	☐	☐
	Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	☐	☐
	Gebruikt u meer dan 5 alcoholische consumpties per dag?	☐	☐
29	Rookt u?	Ja	Nee
	Zo ja, hoeveel?		

Geeft u ons toestemming om contact op te nemen met uw huisarts als daartoe aanleiding is? Ja Nee

Naam huisarts.....
.....

Aanvulling vraag 25

Naam medicijn	Hoeveelheid	Waarvoor
---------------	-------------	----------

Naam tandarts:.....

Handtekening:.....

Naam patiënt:.....

Handtekening:.....

Medische vragenlijst

Bouriciuslaan 82
9203 PG Drachten
Tel.: 0512 - 57 10 30
Fax.: 0512 - 57 10 40
E-mail: info@bouriciuslaan.nl
Web: www.bouriciuslaan.nl

Alle moderne tandheelkunde onder één dak

