

Tandartsenpraktijk Schuytgraaf
A.H.K. Oei
Hunnenveld 38
6846 CP Arnhem
026 - 38 31 328

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u deze lijst in te vullen, zodat ik rekening kan houden met eventuele consequenties en te nemen maatregelen voor de behandeling. De antwoorden zijn alleen bestemd voor informatie binnen de praktijk en worden als vertrouwelijk beschouwd.

Persoonlijk:

Achternaam:		Telefoon werk:	
Voorletters:		Beroep:	
Geboortedatum:	m/v	Huisarts:	
Adres:		Specialist:	
Postcode/woonplaats		Tandarts:	
Telefoon thuis:		Zorgverzekeraar:	
Telefoon mobiel:		Verzekeringnummer:	

- Wanneer was uw laatste bezoek aan de tandarts?

Gezondheidsvragenlijst:

- Voelt u zich op dit moment ziek? Ja/nee
- Zo ja, heeft u hiervoor een arts geraadpleegd? Ja/nee
- Bent u de laatste jaren in het ziekenhuis opgenomen geweest? Ja/nee
- Zo ja, waarvoor?
- Bent u (mogelijk) zwanger? Ja/nee

Specifiek:

- Rookt u? Ja/nee
- Zo ja, hoeveel:
- Heeft u pijn en/of een knellend gevoel op de borst bij inspanning? Ja/nee
- Heeft u een hartinfarct gehad? Ja/nee
- Is bij u hartgeruis of klepgebrek vastgesteld? Ja/nee
- Heeft u een kunstgewricht, kunsthartklep of vaatprothese? Ja/nee
- Heeft u een hoge bloeddruk? Ja/nee
- Heeft u aanvallen van hartkloppingen? Ja/nee
- Heeft u last van hartzwakte? Ja/nee
- Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? Ja/nee
- Heeft u longklachten? Ja/nee
- Heeft u astma? Ja/nee
- Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelen gebruik of na gebruik van medische materialen? (jodium, rubber, pleisters, tandheekkundige verdoving) Ja/nee
- Heeft u een suikerziekte? Ja/nee
- Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Ja/nee
- Is bij u een vertraagde schildklierfunctie vastgesteld? Ja/nee
- Is bij u een verhoogde bloedingneiging vastgesteld? Ja/nee
- Lijdt u op dit moment aan:
 - Chronische leverziekte? (langer dan 6 maanden) Ja/nee
 - Chronische nierziekte waar u een dieet voor gebruikt? Ja/nee
 - Lymfeklierziekte of bloedziekte? Ja/nee
 - Een besmettelijke ziekte? Ja/nee
- Gebruik u medicijnen? Ja/nee
- Zo ja, welke (alles opschrijven a.u.b.).....
-
 • Zijn er andere bijzonderheden waar ik rekening mee moet houden bij de behandeling?
 • Zo ja, welke

Plaats..... Datum..... Handtekening.....