



Deel 1

Naam _____ M V

Voorletters _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____

Straat _____

Postcode en plaats _____

Telefoon/mobiel _____

E-mail _____

Burgerservicenummer _____

Burgerlijke stand alleenstaand gehuwd/samenwonend gescheiden weduwe/weduwnaar

Uw Beroep _____

Naam / adres / emailadres verwijzer: _____

Naam / adres / emailadres huisarts: _____

Naam / adres / emailadres tandarts: _____

Bovenstaande volledig invullen!



- Heeft u pijn of een **knellend gevoel op de borst** bij inspanning (angina pectoris)? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja Nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja Nee
- Heeft u ook klachten in rust? Ja Nee
- Heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? Ja Nee
- Heeft u een **hartinfarct** gehad? Ja Nee
- Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? Ja Nee
- Ondervindt u nog steeds klachten? Ja Nee
- Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct? Ja Nee
- Heeft u een **hartgeruis** of **hartklepgebrek**? Ja Nee
- Heeft u een **kunsthcup** of een kunsthartklep? Ja Nee
- Heeft u korter dan zes maanden geleden een **vaatoperatie** ondergaan? Ja Nee
- Zo ja: bij één van deze drie vragen:
- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja Nee
- Heeft u klachten als gevolg van het hartklepgebrek? Ja Nee
- Heeft u zonder inspanning aanvallen van **hartkloppingen**? Ja Nee
- Zo ja: Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? Ja Nee
- Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? Ja Nee
- Heeft u last van **hartzwakte**? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u 's avonds gezwollen voeten? Ja Nee
- Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren? Ja Nee
- Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? Ja Nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker? Ja Nee
- Heeft u last van **hyperventileren**? Ja Nee
- Bent u ooit **flauwgevallen** bij een tandheelkundige behandeling of medische behandeling? Ja Nee
- Heeft u een **hoge bloeddruk**? Ja Nee
- Zo ja: Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200? Ja Nee
- Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115? Ja Nee
- Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? Ja Nee
- Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? Ja Nee
- Heeft u **verlammingen** (beroertes of attaque) of **spraakstoornissen** gehad? Ja Nee
- Zo ja: Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? Ja Nee
- Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? Ja Nee
- Gebruikt u medicijnen tegen **epilepsie**? Ja Nee
- Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicatie? Ja Nee
- Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatige aanvallen? Ja Nee



- Heeft u **astma**? Ja Nee
Zo ja: Heeft u daar nu last van? Ja Nee
- Heeft u **slechte longen**? Ja Nee
Zo ja: Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op? Ja Nee
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? Ja Nee
Bent u kortademig bij het aankleden? Ja Nee
- Heeft u **hooikoorts**? Ja Nee
- Heeft u ooit een **allergische reactie** gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? Ja Nee
Zo ja: Gebruikt u voor uw allergie medicijnen? Ja Nee
Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? Ja Nee
Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? Ja Nee
Waarvoor bent u allergisch? _____
- Heeft u **suikerziekte**? Ja Nee
Zo ja: Gebruikt u insuline? Ja Nee
Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)? Ja Nee
Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte? Ja Nee
- Is bij u een **versterkte schildklierfunctie** vastgesteld? Ja Nee
Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
Heeft u ondanks de behandeling klachten? Ja Nee
- Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld? Ja Nee
Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja Nee
Heeft u ondanks de behandeling klachten? Ja Nee
- Heeft u een **leverziekte**? Ja Nee
Zo ja: Langer dan 6 maanden? Ja Nee
Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? Ja Nee
- Heeft u een **chronische nierziekte** waarvoor u een dieet gebruikt? Ja Nee
Zo ja: Heeft u een nierfunctievervangende behandeling? Ja Nee
- Bent u door **chronische maag-darmklachten** meer dan 5 kg vermagerd? Ja Nee
Zo ja: Heeft u langer dan zes maanden, ook diarree 's nachts? Ja Nee
- Heeft u **bloedarmoede** met klachten (moe, duizelig)? Ja Nee
- Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**? Ja Nee
Zo ja: Welke? _____
Bent u onder behandeling? Ja Nee
Heeft u koorts in aanvallen? Ja Nee



- Is bij u een **bloedingsneiging** vastgesteld? Ja Nee
Zo ja: Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? Ja Nee
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?
- Bent u **bestraald** voor een tumor of **gezwel** aan uw hoofd of hals? Ja Nee
Zo ja: Was dit minder dan vijf jaar geleden? Ja Nee
- Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**? Ja Nee
Zo ja: Welke? _____
- Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? Ja Nee
Zo ja: voor het hart? Ja Nee
Loopt u bij de trombosediens? Ja Nee
Tegen hoge bloeddruk? Ja Nee
Aspirine of andere pijnstillers? Ja Nee
Voor suikerziekte? Ja Nee
Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? Ja Nee
Medicijnen tegen kanker of bloedziekten? Ja Nee
Penicilline of antibiotica? Ja Nee
Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen? Ja Nee
- Andere middelen of medicijnen?** Ja Nee
Zo ja: Welke? _____

Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.

Datum: _____

Naam: _____

Handtekening patiënt: _____

Sla dit document na het invullen op als een PDF bestand en verstuur het als bijlage naar info@gnathologielimburg.nl