**GEZONDHEIDSVRAGENLIJST**

Naam huisarts : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Adres huisarts : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer huisarts : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hebt u momenteel acute klachten van uw tandvlees? O ja O nee

2. Bent u zenuwachtig voor tandheelkundige behandelingen? O ja O nee

3. Hebt u slechte ervaring met tandheelkundige behandeling? O ja O nee  
 Zo ja, welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Bent u de laatste 2 jaar in een ziekenhuis geweest? O ja O nee

5. Bent u de laatste 2 jaar bij een arts of specialist geweest? O ja O nee  
 Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Hebt u de laatste 2 jaar medicijnen gebruikt? O ja O nee  
 Zo ja, welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
7. Bent u allergisch (jeuk, uitslag etc.) voor een medicijn? O ja O nee  
 Zo ja, welk(e) medicijn(en)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
8. Hebt u ooit een nabloeding gehad die behandeling behoefde? O ja O nee  
9. Zou u datgene wat nu of in het verleden op u van toepassing is geweest willen aankruisen?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hoge bloeddruk |  | Longemfyseem |  | Hepatitis A |  |
| Hart-vaatziekte |  | Chronische bronchitis |  | Hepatitis B |  |
| Angina pectoris |  | Tuberculose (TBC) |  | Geelzucht |  |
| Hart ruis |  | Asthma |  | Leveraandoening |  |
| Acuut rheuma |  | Hooikoorts |  | Bloedtransfusie |  |
| Hartklepafwijking |  | Sinusitis |  | Haemofilie |  |
| Kunst hartklep |  | Allergieën |  | AIDS (HIV seropositief) |  |
| Hart pacemaker |  | Diabetes |  | Bloeduitstortingen |  |
| Open hart chirurgie |  | Schildklieraandoening |  | Alcohol **misbruik** |  |
| Bloedarmoede/ anaemie |  | Chemotherapie (kanker) |  | Roken |  |
| Beroerte |  | Gewrichtsklachten |  | Epilepsie |  |
| Nierklachten |  | Corticosteroïden behand. |  | Flauwvallen/duizelig |  |
| Maagzweer |  | Glaucoma (staar) |  | Psychiatrische behand. |  |

10. Hebt u een aandoening die niet op deze lijst voorkomt? O ja O nee

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Bent u het afgelopen jaar meer dan 5 kilo aangekomen? O ja O nee

12. Vindt u dat u veel stress hebt? O ja O nee

13. Wat is uw beroep? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vrouwelijke patiënten**

14. Bent u zwanger? O ja O nee  
15 Gebruikt u de pil? O ja O nee

Hebt u nog vragen of opmerkingen omtrent het bovenstaande? O ja O nee  
Zo ja, wat?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_