



Gezondheidsvragenlijst mondzorg – volwassenen

Naam: Geboortedatum:-.....-..... Man / Vrouw Patiëntcode

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw mondhygiënist?

- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik.
- Als u ziek bent of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw mondhygiënist hier rekening mee houdt.

Informeer uw mondhygiënist altijd als er iets is gewijzigd in uw gezondheid of uw medicijngebruik. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld.

Neem bij elk bezoek aan uw mondhygiënist een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Nee Ja, zo ja wat?

Bent u ergens allergisch voor? Nee Ja, zo ja waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad? Nee Ja, zo ja wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen? Nee Ja

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Nee Ja, wat is uw bloeddruk?
onderdruk: bovendruk:

Heeft u pijn op de borst bij inspanning? Nee Ja

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Nee Ja

Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Nee Ja

Heeft u een aangeboren hartafwijking? Nee Ja

Hebt u wel eens een endocarditis doorgemaakt? Nee Ja

Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Nee Ja

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Nee Ja

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Nee Ja

Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Nee Ja

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Nee Ja

Heeft u suikerziekte? Nee Ja -> gebruikt u insuline? Ja / Nee

Heeft u bloedarmoede? Nee Ja

Heeft u eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? Nee Ja

Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Nee Ja

Heeft u een nierziekte? Nee Ja

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Nee Ja

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Nee Ja

Rookt u? Nee Ja -> hoeveel per dag?

Vrouwen: bent u zwanger? Nee Ja

Vrouwen: geeft u borstvoeding? Nee Ja

Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? Nee Ja -> welke?

Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bisfosfonaat of denosumab)? Nee Ja -> welke?

Gebruikt u medicijnen? Nee Ja -> welke?

Heeft u een aandoening aan de schildklier? Nee Ja

Datum-.....-.....

Handtekening: