

Vragenlijst voor de patiënt

Algemene gegevens

- 1 Wie is uw vaste tandarts?
Naam:
Tel.:
- 2 Wanneer was uw laatste niet-dringende tandartsbezoek?
 Minder dan 6 maanden Minder dan 12 maanden
 Minder dan 2 jaar Meer dan 2 jaar

Medische gegevens

- 1 Hebt u bij inspanning pijn/knellend gevoel op de borst? JA NEE
Indien ja:
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? JA NEE
Nemen uw klachten toe de laatste tijd? JA NEE
Hebt u ook klachten in rust? JA NEE
- 2 Hebt u een hartinfarct gehad? JA NEE
Indien ja:
Ondervindt u nog steeds klachten? JA NEE
Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? JA NEE
- 3 Hebt u een hartgeruis, hartklepgebrek of kunsthartklep? JA NEE
Indien ja, welke
- 4 Hebt u < 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? JA NEE
- 5 Hebt u een pacemaker/ICD/stent? JA NEE
- 6 Hebt u aanvallen van hartkloppingen zonder inspanning? JA NEE
Indien ja:
Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? JA NEE
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? JA NEE
- 7 Hebt u last van hartzwakte? JA NEE
Indien ja:
Hebt u meer dan 2 kussens nodig door kortademigheid? JA NEE
Wordt u 's nachts kortademig wakker? JA NEE
Moet u 's nachts meer dan 2 keer urineren? JA NEE
Hebt u 's avonds gezwollen voeten? JA NEE

Dit document werd naar waarheid ingevuld door

Naam

Op / /

Handtekening

.....

IN TE VULLEN DOOR TANDARTS

ASA-classificatie

ASA I

Gezonde persoon,
zonder regelmatig
medicatiegebruik

ASA II

Lichte aandoening
met medicatie
Geen beperkingen in
het dagelijks leven.

ASA III

Ernstige systeemziekte
met medicatie, met
beperkingen in het
dagelijkse leven.

ASA IV

Zeer ernstige
systeemziekte met
chronische
levensbedreiging.

ASA VI

Zwaar zieke patiënt.
Zonder in te grijpen,
zal de patiënt overlijden.

15 Hebt u ooit complicaties gehad tijdens tandheelkundige behandelingen?

JA NEE

Indien ja, welke

16 Bent u het laatste jaar onder behandeling geweest van huisarts/specialist?

JA NEE

Indien ja, waarvoor

Medicatiegebruik

Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?

JA NEE

Indien ja, welke

Geneesmiddel(en)	Doel	Dosis	Frequentie	Wanneer

Toestemming tot digitaal medicatieschema

JA NEE

Levensstijl

1 Poetsgewoonten

Elektrisch

Flossen Tongschrapper

Manueel

Interdentale borsteltjes

Mondspoeling

Welke tandpasta gebruikt u momenteel?

Hoe vaak poetst u per dag?

2 Voeding en drank

Dranken:

Koffie

Thee

Frisdrank

Fruitsap

Wijn

Andere:

Hoeveel:

3 Rookgedrag

Niet-roker

Roker

Ex-roker: gestopt / /

Hoeveel per dag:

8 Hebt u acuut reuma gehad? JA NEE

9 Hebt u een lage/hoge bloeddruk?
Uw bloeddruk is: /

10 Hebt u de neiging om te bloeden? JA NEE

Indien ja:

Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? JA NEE

Krijgt u zonder enige oorzaak blauwe plekken? JA NEE

Neemt u bloedverduunners? JA NEE

Indien ja: welke

11 Hebt u problemen met uw longen/last van blijvende hoest? JA NEE

Indien ja:

Bent u na +/- 20 treden tijdens het traplopen kortademig? JA NEE

Bent u kortademig wanneer u zich aankleedt? JA NEE

Hebt u last van hyperventilatie / flauwvallen? JA NEE

12 Kreeg u gedurende de laatste 3 maanden een prothese? JA NEE

13 Lijdt u aan een van de volgende aandoeningen:

Epilepsie Kanker/leukemie Hepatitis A

Suikerziekte Astma Hepatitis B

HIV/AIDS Nierziekte Hepatitis C

Schildklierproblemen Leverziekte Hepatitis D

Andere:

Bijkomende opmerkingen over uw aandoening:

.....
.....

14 Bent u allergisch aan:

Penicilline Aspirine Latex/rubber

Jodium Hooikoorts Pleisters

Gluten Verdovingsproducten Andere:

Indien ja:

Kreeg u daarvoor medicatie? JA NEE

Indien ja, welke

Is de allergie opgetreden bij de tandarts? JA NEE

Bent u momenteel zwanger? Indien ja, hoeveel weken JA NEE