

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.

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

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?
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?
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

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: