

Naam: Geb. datum:

- Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? JA / NEE
Zo ja, wat?
- Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? JA / NEE
Zo ja, waarvoor?
- Bent u de afgelopen jaren opgenomen in een ziekenhuis? JA / NEE
Zo ja, waarvoor?
- Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? JA / NEE
Zo ja, welke ziekte?
- Bent u ergens allergisch voor? JA / NEE
Zo ja, waarvoor?
- Heeft u een hartinfarct gehad? JA / NEE
Zo ja, wanneer?
- Heeft u last van hartkloppingen? JA / NEE
- Wordt u voor een hoge bloeddruk behandeld? JA / NEE
- Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? JA / NEE
- Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? JA / NEE
- Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? JA / NEE
- Bent u bij inspannen snel kortademig? JA / NEE
- Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? JA / NEE
- Heeft u een aangeboren hartafwijking? JA / NEE
- Heeft u een pacemaker? JA / NEE
- Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? JA / NEE
- Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige/medische behandeling? JA / NEE
- Heeft u last van hyperventileren? JA / NEE
- Heeft u epilepsie? JA / NEE
- Heeft u wel eens een hersenbloeding (of TIA) gehad? JA / NEE
- Heeft u longklachten, zoals astma of bronchitis? JA / NEE
- Heeft u suikerziekte? JA / NEE
Gebruikt u daarbij insuline? JA / NEE
- Heeft u bloedarmoede? JA / NEE
- Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na een ingreep? JA / NEE
- Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte gehad? JA / NEE
- Heeft u een nierziekte? JA / NEE
- Heeft u chronische maag-darmklachten? JA / NEE
- Heeft u een aandoening aan de schildklier? JA / NEE
- Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? JA / NEE
- Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? JA / NEE
Zo ja, welke?
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? JA / NEE
- Rookt u? JA / NEE
Zo ja, hoeveel per dag?
- Gebruikt u alcohol? JA / NEE
Zo ja, hoeveel glazen per dag?
- Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? JA / NEE
Zo ja, welke?
- Vrouwen: bent u zwanger? JA / NEE
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?
- Heeft u een ziekte waar hierboven niet naar is gevraagd? JA / NEE
Zo ja, welke?
- Gebruikt u momenteel medicijnen? JA / NEE
Zo ja, welke?
- Heeft u angst voor behandeling bij de tandarts? JA / NEE

Bijzonderheden:

.....

.....

Handtekening:

Datum:

Gevestigd in

tandstad



Randstad 2175, 1314 BJ Almere