

Naam:

Geboortedatum:

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen ze beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling, of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle vragen schriftelijk te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. U kunt dit bespreken met uw tandarts.

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	Nee/ja	Zo ja, wat?
Bent u onder behandeling bij huisarts of medisch specialist?	Nee/Ja	Zo ja, waarvoor?
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	Zo 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 u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	Nee/Ja	
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee/Ja	
Heeft u wel eens een endocarditis doorgemaakt?(een ontsteking in het hart/aan een hartklep)	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 (TIA) gehad?	Nee/Ja	
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee/Ja	

Heeft u suikerziekte?	Nee/Ja	Zo ja, gebruikt u insuline? Nee/Ja
Heeft u bloedarmoede?	Nee/Ja	
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden /kiezen of na een operatie?	Nee/Ja	
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Nee/Ja	
Heeft u een nierziekte?	Nee/Ja	
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee/Ja	
Heeft u een kunstgewricht?	Nee/Ja	Zo ja, vanaf wanneer?
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee/Ja	
Rookt u?	Nee/Ja	Zo ja, hoeveel per dag?
Vrouwen: Bent u zwanger? Geeft u borstvoeding?	Nee/Ja Nee/Ja	Zo ja, hoe lang?
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee/Ja	Zo ja, welke?
Gebruikt u medicijnen?	Nee/Ja	Welke?
Heeft u in het verleden Denosumab (Prolia, Xgeva) of een bifosfonaat (bijv. alendroninezuur) gebruikt? Dit zijn middelen tegen onder meer botontkalking.	Nee/Ja	Zo ja, welk middel? In welke vorm, tabletten, injectie of infuus?

Datum:

Handtekening.....