



**LET OP** U bewaart dit formulier eerst op uw eigen computer (1). Daarna opent u het formulier in Acrobat Reader (2), vult het in en mailt het ingevulde formulier rechtstreeks naar de Praktijk voor Gnathologie (3).

1) formulier [opslaan](#)

2) openen in [Acrobat](#)

3) mail naar [info@pvgn.nl](mailto:info@pvgn.nl)

## GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam \_\_\_\_\_  m  v  
Voorletters \_\_\_\_\_  
Voornaam \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Straat \_\_\_\_\_  
Postcode en plaats \_\_\_\_\_  
Telefoon/mobiel \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Burgerservicenummer \_\_\_\_\_

Tandarts \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_  
Huisarts \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_  
Specialist (eventueel) \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_

Heeft u ooit **medische problemen** of **complicaties** gehad tijdens **tandheelkundige behandeling**?  Ja  Nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Bij welke tandarts? \_\_\_\_\_

Heeft u ooit medische problemen gehad bij gebruik van **medicijnen**?  Ja  Nee  
Zo ja: welke? \_\_\_\_\_

Bij welke medicijnen? \_\_\_\_\_



- Heeft u pijn of een **knellend gevoel op de borst** bij inspanning (angina pectoris)?  Ja  Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?  Ja  Nee
- Nemen de klachten de laatste tijd toe?  Ja  Nee
- Heeft u ook klachten in rust?  Ja  Nee
- Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?  Ja  Nee
- Heeft u een **hartinfarct** gehad?  Ja  Nee
- Zo ja: Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?  Ja  Nee
- Ondervindt u nog steeds klachten?  Ja  Nee
- Had u in de laatste 6 maanden een hartinfarct?  Ja  Nee
- Heeft u een **hartgeruis** of **hartklepgebrek**?  Ja  Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?  Ja  Nee
- Heeft u een **kunsthartklep**, **pacemaker** of **kunsthoup**?  Ja  Nee
- Zo ja: Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?  Ja  Nee
- Heeft u korter dan 6 maanden geleden een **hart- of vaatoperatie** ondergaan?  Ja  Nee
- Heeft u zonder inspanning aanvallen van **hartkloppingen**?  Ja  Nee
- Zo ja: Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?  Ja  Nee
- Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?  Ja  Nee
- Heeft u last van **hartzwakte**?  Ja  Nee
- Zo ja: Heeft u 's avonds gezwollen voeten?  Ja  Nee
- Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren?  Ja  Nee
- Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?  Ja  Nee
- Wordt u 's nachts kortademig wakker?  Ja  Nee
- Heeft u een **hoge bloeddruk**?  Ja  Nee
- Zo ja: Is uw *bovendruk* meestal tussen 160 en 200?  Ja  Nee
- Is uw *onderdruk* meestal tussen 95 en 115?  Ja  Nee
- Is uw *bovendruk* meestal 200 of hoger?  Ja  Nee
- Is uw *onderdruk* meestal 115 of hoger?  Ja  Nee
- Heeft u **verlammingen** (beroertes of attaque) of **spraakstoornissen** gehad?  Ja  Nee
- Zo ja: Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?  Ja  Nee
- Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?  Ja  Nee
- Bent u ooit **flauwgevallen** bij een **tandheekundige** of **medische behandeling**?  Ja  Nee
- Gebruikt u medicijnen tegen **epilepsie**?  Ja  Nee
- Zo ja: Wisselt u regelmatig van medicatie?  Ja  Nee
- Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?  Ja  Nee



- Heeft u last van **hyperventileren**?  Ja  Nee
- Heeft u **astma**?  Ja  Nee  
Zo ja: Heeft u daar nu last van?  Ja  Nee  
Heeft u koorts in aanvallen?
- Heeft u **slechte longen**?  Ja  Nee  
Zo ja: Hoest u meer dan één kopje slijm per dag op?  Ja  Nee  
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer zo treden?  Ja  Nee  
Bent u kortademig bij het aankleden?  Ja  Nee
- Heeft u **hooikoorts**?  Ja  Nee
- Heeft u ooit een **allergische reactie** gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?  Ja  Nee  
Zo ja: Gebruikt u voor uw allergie medicijnen? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  Ja  Nee  
Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  Ja  Nee  
Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?  Ja  Nee  
Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?  Ja  Nee  
Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_  Ja  Nee
- Heeft u **suikerziekte**?  Ja  Nee  
Zo ja: Gebruikt u insuline?  Ja  Nee  
Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?  Ja  Nee  
Wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?  Ja  Nee
- Is bij u een **versterkte schildklierfunctie** vastgesteld?  Ja  Nee  
Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?  Ja  Nee  
Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?  Ja  Nee
- Is bij u een **trage schildklierfunctie** vastgesteld?  Ja  Nee  
Zo ja: Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?  Ja  Nee  
Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?  Ja  Nee
- Heeft u een **leverziekte**?  Ja  Nee  
Zo ja: Langer dan 6 maanden?  Ja  Nee  
Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?  Ja  Nee
- Heeft u een **chronische nierziekte** waarvoor u een dieet gebruikt?  Ja  Nee  
Zo ja: Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven?  Ja  Nee  
Heeft u een nierfunctievervangende behandeling?  Ja  Nee
- Bent u door **chronische maag-darmklachten** meer dan 5 kg vermagerd?  Ja  Nee  
Zo ja: Heeft u langer dan 6 maanden diarree?  Ja  Nee



Heeft u momenteel een **besmettelijke ziekte**?  Ja  Nee

Zo ja: Welke? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

Heeft u **bloedarmoede** met klachten (moe, duizelig)?

Ja  Nee

Heeft u een **kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren** of een **bloedziekte**?

Ja  Nee

Zo ja: Welke? \_\_\_\_\_

Wordt u hiervoor behandeld?

Ja  Nee

Is bij u een **bloedingsneiging** vastgesteld?

Ja  Nee

Zo ja: Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?

Ja  Nee

Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?

Ja  Nee

Bent u **bestraald** voor een tumor of gezwel aan uw hoofd of hals?

Ja  Nee

Zo ja: Was dit minder dan vijf jaar geleden?

Ja  Nee

Gebruikt u op dit moment **medicijnen**? Zo ja, welke?

Ja  Nee

■ Voor het hart? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Tegen hoge bloeddruk? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Aspirine? Wanneer regelmatig, hoe vaak? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Pijnstillers? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Voor suikerziekte? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Penicilline of antibiotica? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Andere medicijnen? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Loopt u bij de trombosedienst? Zo ja, bij welke dienst en welke middelen / dosering?

Ja  Nee

■ Gebruikt u dagelijks verdovende middelen? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

■ Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

**Rookt** u? Zo ja, hoeveel? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

Bestaat de mogelijkheid dat u **zwanger** bent?

Ja  Nee

Heeft u een **ziekte, aandoening of stoornis** waar niet naar gevraagd is?

Ja  Nee

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_



Ik heb deze vragenlijst naar waarheid ingevuld.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

*Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming voor het verwerken van uw (persoons) gegevens. De Praktijk voor Gnathologie gaat zorgvuldig met uw persoonsgegevens om, zoals vermeld in de aan u verstrekte privacyklaring. Deze verklaring is ten alle tijden op de website [www.pvgn.nl](http://www.pvgn.nl) terug te vinden.*

**LET OP** U bewaart dit formulier eerst op uw eigen computer (1). Daarna opent u het formulier in Acrobat Reader (2), vult het in en mailt het ingevulde formulier rechtstreeks naar de Praktijk voor Gnathologie (3).

1) formulier [opslaan](#)

2) openen in [Acrobat](#)

3) mail naar [info@pvgn.nl](mailto:info@pvgn.nl)