

Gezondheidsvragenlijst

Gelieve deze lijst uit te printen en ingevuld en ondertekend mee te nemen naar uw afspraak.

Naam..... Geb. datum.....

- 1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?
 - 1.1. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?
 - 1.2. Nemen de klachten de laatste tijd toe?
 - 1.3. Hebt u ook klachten in rust?
 - 1.4. Hebt u ondanks bypass-operatie, Dotter-procedure of lasertherapie weer agina-pectoris gekregen?
- 2. Hebt u een hartinfarct gehad?
 - 2.1. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?
 - 2.2. Ondervindt u nog steeds klachten?
 - 2.3. Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?
- 3. Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?
- 4. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?
- 5. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?
 - 5.1. Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?
 - 5.2. Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?
- 6. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?
 - 6.1. Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen?
 - 6.2. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?
- 7. Hebt u last van hartzwakte?
 - 7.1. Hebt u 's avonds gezwollen voeten?
 - 7.2. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?
 - 7.3. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?
 - 7.4. Wordt u 's nachts kortademig wakker?
- 8. Hebt u een hoge bloeddruk?
 - 8.1. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?
 - 8.2. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?
 - 8.3. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?
 - 8.4. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?
- 9. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoomissen gehad?
 - 9.1. Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?
 - 9.2. Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?
- 10. Bent u ooit flauwgefallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?
- 11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?
 - 11.1. Wisselt u regelmatig van medicijnen?
 - 11.2. Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?
- 12. Hebt u last van hyperventileren?
- 13. Hebt u astma?
 - 13.1. Hebt u daar nu last van?
- 14. Hebt u slechte longen?
 - 14.1. Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?
 - 14.2. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?
 - 14.3. Bent u kortademig bij het aankleden?
- 15. Hebt u hooikoorts?
- 16. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?
 - 16.1. Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?

- 16.2. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?
- 16.3. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?
- 16.4. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?
- 16.5. Waarvoor bent u allergisch?
- 17. Hebt u suikerziekte?
 - 17.1. Gebruikt u insuline?
 - 17.2. Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglykemie)?
 - 17.3. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?
- 18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?
 - 18.1. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?
 - 18.2. Hebt u ondanks behandeling klachten?
- 19. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?
 - 19.1. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?
 - 19.2. Hebt u ondanks behandeling klachten?
- 20. Hebt u een leverziekte?
 - 20.1. Langer dan 6 maanden?
 - 20.2. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?
- 21. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?
 - 21.1. Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling?
- 22. Hebt u chronische maagdklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?
 - 22.1. Hebt u langer dan 6 maanden diarree?
- 23. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?
 - 23.1. Welke?
- 24. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?
- 25. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?
 - 25.1. Welke?
 - 25.2. Wordt u hiervoor behandeld?
 - 25.3. Hebt u koorts in aanvallen?
- 26. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?
 - 26.1. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?
 - 26.2. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?
- 27. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?
 - 27.1. Was dit minder dan 5 jaar geleden?
- 28. Gebruikt u op dit moment medicijnen?
 - 28.1. Voor het hart?
 - 28.2. Loopt u bij de trombosediens?
 - 28.3. Tegen hoge bloeddruk?
 - 28.4. Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten)
 - 28.5. Voor suikerziekte?
 - 28.6. Prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?
 - 28.7. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten?
 - 28.8. Penicilline of antibiotica?
 - 28.9. Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?
 - 28.10. Andere medicijnen?

- 28.11. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?
- 28.12. Meer dan 5 alcoholische consumpties?
- 29. Rookt u?
 - 29.1. Hoeveel?

Datum:

Handtekening: