

PERSOONLIJKE INFORMATIE

Naam: _____	Voornaam: _____
Leeftijd: _____	Geslacht: _____
Adres: _____	
Telefoonnummer: _____	E-mailadres: _____
Huisarts: _____	

MEDISCHE VRAGENLIJST

Uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn. Wilt u daarom zo vriendelijk zijn de vragen op dit formulier te beantwoorden? Vink aan wat voor u van toepassing is. Indien een bepaalde vraag niet van toepassing is, laat u het vakje wit en kunt u direct doorgaan naar de volgende vraag.

- Heeft u pijn/een knellend gevoel op de borst bij verhoogde inspanning (angina pectoris)?
 - Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?
 - Nemen de klachten de laatste tijd toe?
 - Heeft u ook klachten in rust?
- Heeft u een hartinfarct gehad?
 - Ondervindt u nog steeds klachten?
 - Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?
- Heeft u een hartgeruis, een hartklepgebrek of een kunsthartklep?
- Heeft u een bypass-operatie ondergaan?
- Heeft u een pacemaker of stents?
- Heeft u minder dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?
- Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?
 - Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?
 - Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?
- Heeft u problemen bij het platliggen?
 - Heeft u meer dan 2 hoofdkussens nodig omwille van kortademigheid?
 - Bent u 's nachts kortademig bij platliggen?
- Heeft u een hoge bloeddruk?

Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?

- Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?
- Krijgt u zonder enige oorzaak blauwe plekken?

Lijdt u aan epilepsie?

- Wordt uw toestand slechter?
- Heeft u nog steeds aanvallen?

Heeft u astma?

- Gebruikt u verstuivers?
- Is uw ademhaling moeilijk momenteel?

Heeft u problemen met de longen?

- Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?
- Bent u kortademig bij het aankleden?

Heeft u suikerziekte?

- Gebruikt u insuline?
- Bent u momenteel ontregeld?

Heeft u schildklierproblemen?

- Is uw schildklier te productief?

Heeft u een leverziekte?

- Langer dan 6 maanden?
- Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?

Heeft u een nierziekte?

- Heeft u nierfunctie-vervangende behandeling (dialyse)?
- Heeft u een niertransplantatie ondergaan?

Heeft u ooit een kwaadaardig gezwel of leukemie gehad?

- Kreeg u hiervoor medicatie of beenmergtransplantatie?
- Werd u ooit bestraald in hoofd, nek of hals?

Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Hepatitis D
- Hiv
- TBC
- Andere: _____

Heeft u last van hyperventileren?

Heeft u ooit een allergische reactie of onaangename reactie (flauwvallen) gehad na gebruik van medisch of tandheelkundig materiaal of medicijnen of latex?

Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?

Waarvoor bent u allergisch? _____

Werd bij u gedurende de laatste 3 maanden een prothese (knie, heup...) geplaatst?

Moet u antibiotica nemen voor een tandheelkundige behandeling?

Gebruikt u op dit moment medicijnen? (Indien van toepassing, vul het desbetreffende medicijn in)

Voor uw hart? _____

Bloedverdunners? _____

Tegen hoge bloeddruk? _____

Aspirine of pijnstillers? _____

Voor een allergie? _____

Voor suikerziekte? _____

Prednisone, corticosteroïden? _____

Tegen afstoting? _____

Voor huid- of darmziekte of reuma? _____

Tegen kanker of bloedziekten? _____

Penicilline of andere antibiotica? _____

Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? _____

Andere? _____

Gebruikt u drugs?

Bent u zwanger?

Bent u roker?

Aantal sigaretten per dag: _____

Hieronder kunt u nog andere zaken vermelden die mogelijk van belang zijn (bijv. een familiale ziekte):

Datum

Handtekening

medineth

Vaartkom 1, 2280 Grobbendonk
014 50 76 50 | info@medineth.be

www.medineth.be

