

Gezondheidsvragenlijst

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is.
Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.



MONDZORGPRAKTIJK GARDEREN

1.	Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Zo ja, wat?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
2.	Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja, waarvoor? Wanneer?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
3.	Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja, waarvoor? Wanneer?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
4.	Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zo ja, welke ziekte? Sinds wanneer?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
5.	Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
6.	Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
7.	Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
8.	Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld Onderdruk: Bovendruk: Welke medicijnen gebruikt u daarvoor?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
9.	Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
10.	Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
11.	Bent u bij inspanning snel kortademig?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
12.	Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Sinds wanneer?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
13.	Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
14.	Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
15.	Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
16.	Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? Gebruikt u bloedverdunners? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
17.	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheekkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
18.	Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
19.	Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
20.	Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
21.	Heeft u last van longklachten zoals astma/bronchitis/chronische hoest Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Welke medicijnen gebruikt u?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee

22.	Heeft u suikerziekte? Zo ja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
23.	Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
24.	Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
25.	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
26.	Heeft u een nierziekte? Zo ja, graag omschrijven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
27.	Heeft u chronische maag-darmklachten? Zo ja, graag omschrijven?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
28.	Heeft u een aandoening van de schildklier? Te snel werkende schildklier Te langzaam werkende schildklier Andere aandoening: Indien medicatie, welke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
29.	Heeft u chronische gewrichtsklachten? Zo ja, wat is de aard van de gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
30.	Heeft u reuma? Zo ja, welke medicijnen gebruikt u hiervoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
31.	Heeft u een kunstgewricht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
32.	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
33.	Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
34.	Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
35.	Vrouwen: bent u zwanger? Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
36.	Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
37.	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
38.	Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
39.	Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
40.	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
41.	Sport, hobby's, vrije tijdsbesteding?	
42.	Beroep, studie, dagelijkse activiteiten?	
43.	Gebruikt u momenteel nog andere medicijnen? Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen en aandoening:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Datum:

Handtekening: