



Mondhygiëne Praktijk

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord wat van toepassing is.

Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

- | | |
|--|----------|
| 1. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | ja / nee |
| 2. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? | ja / nee |
| 3. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? | ja / nee |
| 4. Heeft u een hartinfarct gehad? | ja / nee |
| 5. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | ja / nee |
| 6. Heeft u hartgeruis of een hartklepgebrek? | ja / nee |
| 7. Heeft u korter dan 6 maanden een hart- of vaatoperatie ondergaan? | ja / nee |
| 8. Heeft u een pacemaker? | ja / nee |
| 9. Heeft u last van hartzwakte (hartfalen)? | ja / nee |
| 10. Heeft u nu of in het verleden een hoge bloeddruk gehad? | ja / nee |
| 11. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | ja / nee |
| 12. Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld? | ja / nee |
| 13. Heeft u ooit verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? | ja / nee |
| 14. Heeft u epilepsie? | ja / nee |
| 15. Heeft u astma? | ja / nee |
| 16. Heeft u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? | ja / nee |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheekundige of medische behandeling? | ja / nee |
| 18. Heeft u ooit een allergische reactie gehad op antibiotica, aspirine, latex, medische materialen? | ja / nee |
| 19. Heeft u diabetes? | ja / nee |
| 20. Heeft u een schildklierziekte? | ja / nee |
| 21. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | ja / nee |
| 22. Heeft u een nierziekte? | ja / nee |
| 23. Heeft u in het verleden ooit een kwaadaardige ziekte (tumor) of bloedziekte gehad? | ja / nee |
| 24. Heeft u last van hyperventileren? | ja / nee |
| 25. Bent u ooit flauwgevallen tijdens een medische of tandheekundige behandeling? | ja / nee |
| 26. Heeft u bloedarmoede (moe, duizelig)? | ja / nee |



27. Vrouwen: Bent u zwanger? ja / nee

28. Rookt u? Indien ja, hoeveel sigaretten per dag? ja / nee

29. Heeft u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Indien ja, welke? ja / nee

30. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? ja / nee
Indien ja, welke?

Naam patiënt:

Geboortedatum:

.....

Handtekening patiënt:

Datum:

.....

Aanvullende notities:

.....

.....

.....

.....

.....

Handtekening mondhygiëniste:

Datum:

.....