



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?
Zo ja, waarvoor? | 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 tijdens een medische of tandheelkundige
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. Heeft u bloedarmoede (moe, duizelig)? ja / nee
-
26. Vrouwen: Bent u zwanger? ja / nee
-
27. Rookt u? Indien ja, hoeveel sigaretten per dag? ja / nee

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

29. 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:

.....