

Gezondheidsvragenlijst Mondhygiënist Bunyadi

Volgens de WGBO hebben wij een wettelijke dossierplicht. Hiervoor is het noodzakelijk een aantal gegevens van u vast te leggen, waaronder ook informatie over uw algemene gezondheid. Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige/mondhygiënische behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Ik verzoek u onderstaande lijst zorgvuldig in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Vul bij de volgende vragen Ja of Nee in. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

<i>1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>2. Hebt u een hartinfarct gehad?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>2.1. Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>3. Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>4. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>5. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>5.1. Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>5.2. Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>6. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>6.1. Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>6.2. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>7. Hebt u last van hartzwakte?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>8. Hebt u een hoge bloeddruk?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>9. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>9.1. Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>9.2. Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>10. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>11.1. Wisselt u regelmatig van medicijnen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>11.2. Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>12. Hebt u last van hyperventileren?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>13. Hebt u astma?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>14.1 Hebt u slechte longen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>14.2 Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>14.3 Bent u kortademig bij het aankleden?</i>	<i>Ja / Nee</i>

15. Hebt u hooikoorts?	Ja / Nee
16. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik?	Ja / Nee
16.1 medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?	Ja / Nee
16.1. Gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	Ja / Nee
16.2. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica?	Ja / Nee
16.3. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	Ja / Nee
16.4. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	Ja / Nee
16.5. Waarvoor bent u allergisch?	
17. Hebt u suikerziekte?	Ja / Nee
17.1. Gebruikt u insuline?	Ja / Nee
17.2. Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglykemie)?	Ja / Nee
18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	Ja / Nee
19. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?	Ja / Nee
20. Hebt u een leverziekte?	Ja / Nee
20.1. Langer dan 6 maanden?	Ja / Nee
20.2. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?	Ja / Nee
21. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?	Ja / Nee
21.1. Hebt u een nierfunctie-vervangende behandeling?	Ja / Nee
22. Hebt u chronische maagdarmlachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?	Ja / Nee
22.1. Hebt u langer dan 6 maanden diarree?	Ja / Nee
23. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja / Nee
23.1. Welke?	
24. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?	Ja / Nee
25. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Ja / Nee	Ja / Nee
25.1. Welke?	Ja / Nee
26. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	Ja / Nee
26.1. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	Ja / Nee
26.2. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?	Ja / Nee
27. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	Ja / Nee
27.1. Was dit minder dan 5 jaar geleden?	Ja / Nee

Mondhygiënst Bunyadi

<i>28. Gebruikt u op dit moment medicijnen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>28.1. Welke?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>28.2. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>28.12. Meer dan 5 alcoholische consumpties?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>29. Rookt u?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>29.1. Zo ja, hoeveel?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>30. Bent u zwanger ?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>31. Bent u eerder bij een mondhygiënist onder behandeling geweest?</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>Naam:</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>Datum (dd-mm-yyyy):</i>	<i>Ja / Nee</i>
<i>Handtekening:</i>	<i>Ja / Nee</i>