

NAAM \_\_\_\_\_  
Voornaam \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_

Naam huisarts \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer huisarts \_\_\_\_\_

**1. Bent u ergens allergisch voor? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Behandelende arts \_\_\_\_\_

**2. Heeft u hartproblemen? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**3. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**4. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**5. Heeft u stents of overbruggingen? J/N**

**6. Wordt u behandeld voor lage of hoge bloeddruk? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_

**7. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? J/N**

**8. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**9. Heeft u ooit een TIA, herseninfarct of hersenbloeding gehad? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

10. Bent u kortademig? J/N

11. Heeft u last van long klachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? J/N

- a. Specificeer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

12. Heeft u last van hyperventileren? J/N

13. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? J/N

- a. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het verwijderen van een tand of na een operatie? J/N
- b. Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? J/N

14. Neemt u bloedverduunners? J/N

- a. Medicatie \_\_\_\_\_
- b. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

15. Heeft u suikerziekte? J/N

- a. Specificeer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Bent u vaak ontregeld J/N
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

16. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? J/N

- a. Specificeer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_

17. Heeft u maag- en/of darmproblemen? J/N

- a. Specificeer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie/dieet \_\_\_\_\_

18. Heeft u een Lymfeklier- of bloedziekte? J/N

- a. Specificeer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

19. Is bij u een afwijkende schildklierfunctie vastgesteld? J/N

- a. Is dit een vertraagde functie? J/N
- b. Is dit een versterkte functie? J/N
- c. Medicatie \_\_\_\_\_

20. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? J/NN

- a. Specificeer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_

**21. Heeft u een nierziekte? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Medicatie \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**22. Bent u bestraald vanwege een tumor in de hoofd of hals regio? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Wanneer heeft u deze behandeling gehad? \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**23. Krijgt u chemotherapie? J/N**

- a. Welke kwaadaardige ziekte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Behandeling: \_\_\_\_\_
- c. Behandelende Arts \_\_\_\_\_

**24. Heeft u in het verleden chemotherapie of bestraling gehad? J/N**

- a. Voor welke kwaadaardige ziekte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Is deze ziekte momenteel onder controle? \_\_\_\_\_
- c. Neemt u daar nog medicatie voor? \_\_\_\_\_

**25. Heeft u een besmettelijke ziekte? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26. Bent u HIV patiënt? J/N**

**27. Rookt u? J/N**

- a. Welke hoeveelheid per dag? \_\_\_\_\_

**28. Gebruikt u alcohol of verdovende middelen? J/N**

**29. Bent u zwanger? J/N**

- a. Geeft u borstvoeding? J/N

**30. Gebruikt u antidepressiva? J/N**

- a. Medicatie \_\_\_\_\_

**31. Gebruikt u nu of heeft u vroeger een geneesmiddel gebruikt tegen botontkalking – osteoporose, een bisfosfo-naat of krijgt u hiervoor injecties? J/N**

- a. Specifieer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Wanneer kreeg u dit als laatste toegediend? \_\_\_\_\_

**32. Gebruikt u andere medicijnen? J/N**

- a. Waarvoor en dosis? \_\_\_\_\_

33. Zijn er andere zaken i.v.m. uw gezondheidstoestand die u met uw tandarts wil bespreken? J/N

a. Welke? \_\_\_\_\_

34. Geeft u toestemming voor het doorsturen van uw medisch dossier naar collegae artsen indien ons dit noodzakelijk lijkt? J/N