centrum voor parodontologie Tilburg
Olympiaplein 386 • 5022 DX Tilburg • www.parotilburg.nl
T (013) 463 7329 • info@parotilburg.nl

ISO 9001 GECERTIFICEERD
ERKEND nvvp

Gegevens patiënt:

Achternaam: .....
Voornaam: .....
Adres: .....
Postcode: .....
Plaats: .....
Geboortedatum: .....
Beroep/functie: .....
Verzekeringsmaatschappij: .....
Polisnummer: .....
Telefoon privé: .....
Telefoon mobiel: .....
Email: .....
BSNnummer: .....
Nummer identiteitsbewijs: .....

Gegevens artsen:

Naam tandarts: .....
Adres: .....
Postcode, Plaats: .....
Telefoon: .....

Naam huisarts: .....
Adres: .....
Postcode, Plaats: .....
Telefoon: .....

Naam apotheek: .....
Adres: .....
Postcode, Plaats: .....
Telefoon: .....

Omcirkel bij de onderstaande vragen (Ja) of (Nee). Deze vragenlijst wordt vertrouwelijk behandeld.

1.	**Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	**Ja / Nee**
	b. Nemen de klachten de laatste tijd toe?	**Ja / Nee**
	c. Heeft u ook klachten in rust?	**Ja / Nee**
	d. Heeft u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?	**Ja / Nee**
2.	**Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	**Ja / Nee**
	b. Ondervindt u nog steeds klachten?	**Ja / Nee**
	c. Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	**Ja / Nee**
3.1.	**Heeft u hartruis of een hartklepgebrek? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	**Ja / Nee**
3.2.	**Heeft u een kunsthartklep, pacemaker of kunstheup? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u daardoor uw activiteiten moeten verminderen?	**Ja / Nee**
3.3.	**Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?**	**Ja / Nee**
4.	**Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?	**Ja / Nee**
	b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen?	**Ja / Nee**
5.	**Heeft u last van hartzwakte? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u 's avonds gezwollen voeten?	**Ja / Nee**
	b. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	**Ja / Nee**
	c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt?	**Ja / Nee**
	d. Wordt u 's nachts kortademig wakker?	**Ja / Nee**
6.	**Heeft u een hoge bloeddruk? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?	**Ja / Nee**
	b. Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?	**Ja / Nee**
	c. Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	**Ja / Nee**
	d. Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	**Ja / Nee**
7.	**Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan hebben?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	**Ja / Nee**
8.	**Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?**	**Ja / Nee**
9.	**Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Wisselt u regelmatig van medicijnen?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	**Ja / Nee**
10.	**Heeft u last van hyperventileren?**	**Ja / Nee**
11.	**Heeft u astma? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u daar nu last van?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u koorts in aanvallen?	**Ja / Nee**
12.	**Heeft u slechte longen? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Hoest u meer dan één kopje slijm per dag op?	**Ja / Nee**
	b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	**Ja / Nee**
	c. Bent u kortademig bij het aankleden?	**Ja / Nee**
13.1.	**Heeft u hooikoorts?**	**Ja / Nee**

13.2.	**Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)? Zo ja, Zo ja, waarvoor?**	**Ja / Nee**
	a. Gebruikt u medicijnen voor uw allergie? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	**Ja / Nee**
	d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	**Ja / Nee**
	e. Bent u nog ergens anders allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	**Ja / Nee**
14.	**Heeft u suikerziekte? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Gebruikt u insuline?	**Ja / Nee**
	b. Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglycemie)?	**Ja / Nee**
	c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?	**Ja / Nee**
15.	**Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?	**Ja / Nee**
16.	**Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u ondanks de medische behandeling nog steeds klachten?	**Ja / Nee**
17.	**Heeft u een leverziekte? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Langer dan 6 maanden?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	**Ja / Nee**
18.	**Heeft u een chronische nierziekte? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Is u hiervoor een speciaal dieet voorgeschreven?	**Ja / Nee**
	b. Heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling?	**Ja / Nee**
19.	**Heeft u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Heeft u langer dan 6 maanden diarree?	**Ja / Nee**
20.	**Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?**	**Ja / Nee**
21.	**Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?**	**Ja / Nee**
22.	**Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? Zo ja, Zo ja, welke?**	**Ja / Nee**
	a. Wordt u hiervoor behandeld?	**Ja / Nee**
23.	**Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	**Ja / Nee**
	b. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken?	**Ja / Nee**
24.	**Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Was dit korter dan 5 jaar geleden?	**Ja / Nee**

25.	**Gebruikt u op dit moment medicijnen, verdovende middelen of alcohol? Zo ja,**	**Ja / Nee**
	a. Voor het hart? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	b. Loopt u bij de trombosedienst? Zo ja, bij welke dienst en welke middelen in welke dosering?	**Ja / Nee**
	c. Tegen hoge bloeddruk? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	d. Gebruikt u regelmatig aspirine? Zo ja, hoe vaak?	**Ja / Nee**
	e. Gebruikt u pijnstillers? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	f. Voor suikerziekte? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**

	g. Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	h. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	i. Penicilline of antibiotica? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	j. Kalmerende middelen, slaaptabletten of antidepressiva? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	k. Andere medicijnen? Zo ja, welke?	**Ja / Nee**
	l. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	**Ja / Nee**
	m. Meer dan 5 alcoholische consumpties per dag?	**Ja / Nee**
26.	**Rookt u? Zo ja, hoeveel?**	**Ja / Nee**
27.	**Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?**	**Ja / Nee**
28.	**Heeft u een ziekte, aandoening of stoornis waar niet naar is gevraagd? Zo ja, welke?**	**Ja / Nee**

Handtekening medewerker: **Handtekening patiënt:**

Datum:

N.B: Het is uw verantwoordelijkheid om **wijzigingen** van uw gezondheid aan ons te melden.