Tandartsenpraktijk Noorderpoort

PERSOONSGEGEVENS

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Naam / Voornaam : | . |
| Adres : | . |
| Postcode / Woonplaats : | . |
| Geboortedatum : | . |
| Telefoon Privé/Werk : | . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tandarts : | . | Huisarts : | . |
| Telefoon : | . | Telefoon : | . |

|  |  |
| --- | --- |
| MEDISCHE GEGEVENS |  |
|  |  |
| Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige of mondhygiënische behandeling? | ja / nee |
| Heeft u ooit medische problemen of bijwerkingen gehad bij gebruik van medicijnen? | ja / nee |
| Bent u bang voor een tandheelkundige of een mondhygiënische behandeling? | ja / nee |
| Heeft u last van hyperventileren? | ja / nee |
| Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige, mondhygiënische of medische behandeling? | ja / nee |
|  |  |
| Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris) | ja / nee |
| Heeft u een hartinfarct gehad? | ja / nee |
| Heeft u een hartruis, hartklepgebrek of acuut rheuma gehad? | ja / nee |
| Heeft u een hartvaatoperatie ondergaan of heeft u een pacemaker? | ja / nee |
| Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? | ja / nee |
| Heeft u last van hartzwakte? | ja / nee |
|  |  |
| Heeft u een hoge of een lage bloeddruk? | ja / nee |
| Heeft u bloedarmoede? | ja / nee |
| Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld of bent u onder controle van een trombosedienst? | ja / nee |
| Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? | ja / nee |
| Heeft u epilepsie? | ja / nee |
| Heeft u astma of hooikoorts? | ja / nee |
| Heeft u longklachten? | ja / nee |
| Heeft u ooit een allergisch reactie gehad na gebruik van medicijnen of medische materialen? | ja / nee |
| Krijgt u een allergische reactie na een plaatselijke verdoving? | ja / nee |
|  |  |
| Heeft u suikerziekte? | ja / nee |
| Is bij u een versterkte of verminderde schildklierfunctie vastgesteld? | ja / nee |
| Bent u zonder anders te gaan eten, het afgelopen half jaar meer dan 6 kilo aan gekomen of afgevallen bij een goede eetlust? | ja / nee |
| Heeft u de ziekte van Pfeiffer? | ja / nee |
| Heeft u langer dan 6 maanden een leverziekte, heeft u hepatitis A, B, C? | ja / nee |
| Heeft u een chronische nierziekte, darmaandoening met diarree, maagklachten? | ja / nee |
| Heeft u een besmettelijke ziekte ( bv. geslachtsziekte, seropositief, aids)? | ja / nee |
|  |  |
| Heeft u een kanker, een kwaadaardige ziekte van de lymfklieren of een bloedziekte? | ja / nee |
| Bent u bestraald voor een tumor of een gezwel in het hoofd of hals? | ja / nee |
| Heeft u ondergaan of ondergaat u een chemotherapie? | ja / nee |
|  |  |
| Gebruikt u medicijnen, homeopatisch middelen, hormoonpreparaten? Zoja, welke en waarvoor? | ja / nee |
| Rookt u of gebruikt u veel alkoholische dranken? | ja / nee |
| Bent u zwanger? | ja / nee |
| Volgt u een dieet? | ja / nee |
|  |  |
| Heeft u een ziekte of een ander medisch probleem welke niet genoemd is en waarvan u denkt dat ik het zou moeten weten? | ja / nee |
| Zijn er andere bijzonderheden waar ik rekening mee moet houden bij de behandeling? | ja / nee |
|  |  |
| Handtekening: | t. | datum: | .. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |