*Tandartspraktijk Morshedi
De Baander 4
3823 VK Amersfoort *

 *Tel: 033-4779562*

 *E-mail: info@tandartsmorshedi.nl*

[*www.tandartsmoshedi.nl*](http://www.tandartsmoshedi.nl/)

**Gezondheidsvragenlijst**

Aan de hand van deze gezondheidsvragenlijst wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen die uw mondgezondheid kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandelingen of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen.

1. Bent u op dit moment onder begeleiding van een arts/specialist? □ Ja - □ Nee
 Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? □ Ja - □ Nee
3. Gebruikt u medicijnen? □ Ja - □ Nee
	1. Zo ja, welke en waarvoor? ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Gebruikt u verdovende middelen? □ Ja - □ Nee
Zo ja, welke en waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Heeft u problemen met uw hart/ luchtwegen? □ Ja - □ Nee
Zo ja, wat voor problemen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Heeft u kunsthartklep of kunstheup? □ Ja - □ Nee
7. Heeft u een hoge bloeddruk? □ Ja - □ Nee
8. Heeft u een bloedziekte/ bloedstollingziekte? □ Ja - □ Nee
9. Bent u allergisch voor? □ Ja - □ Nee
	1. Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Heeft u op dit moment een besmettelijke ziekte? □ Ja - □ Nee
11. Heeft u suikerziekte? □ Ja - □ Nee
12. Vrouwen: Bent u zwanger? □ Ja - □ Nee
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Rookt u? □ Ja - □ Nee
	1. Zo ja, hoeveel per dag?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Bent u op dit moment gezond? □ Ja - □ Nee
15. Heeft u epilepsie? □ Ja - □ Nee
16. Heeft u wel eens een hersenbloeding (of TIA) gehad? □ Ja - □ Nee
17. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? □ Ja - □ Nee
18. Heeft u wel eens lang bloederige bloedingen gehad na een ingreep? □ Ja - □ Nee
19. Bent u wel eens flauw gevallen tijdens een behandeling? □ Ja - □ Nee
20. Heeft u chronische maag/ darmklachten? □ Ja - □ Nee
21. Neerslachtigheid, depressiviteit? □ Ja - □ Nee
22. Psycholoog of psychiater bezocht? □ Ja - □ Nee
23. Bestraald vanwege tumor van hoof en/of hals □ Ja - □ Nee

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Handtekening |