



Patiënten

Medisch geheim

Mondzorg afgestemd op uw situatie



Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle/de vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

A.u.b. alle vragen in dit digitale formulier (PDF) voorzien van het antwoord dat het meest van toepassing is d.m.v. aanvinken (Nee of Ja) en, waar nodig, aanvullende informatie invullen*.

1 - Bent u onder behandeling bij een huisarts of medisch specialist?: Nee Ja
Zo ja, waarvoor? _____

2 - Bent u ergens allergisch voor?: Nee Ja
Zo ja, waarvoor? _____

3 - Heeft u een hartinfarct gehad?: Nee Ja
Zo ja, wanneer? _____

4 - Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?: Nee Ja
Zo ja, wat is uw bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk: _____

5 - Heeft u last van hartkloppingen?: Nee Ja

6 - Heeft u pijn op de borst bij inspanning?: Nee Ja

7 - Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?: Nee Ja

8 - Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep?: Nee Ja

9 - Heeft u een aangeboren hartafwijking?: Nee Ja

10 - Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?: Nee Ja

11 - Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?: Nee Ja

12 - Heeft u epilepsie, vallende ziekte?: Nee Ja

13 - Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?: Nee Ja

14 - Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?: Nee Ja

15 - Heeft u suikerziekte? Nee Ja Zo ja, gebruikt u insuline? Nee Ja

16 - Heeft u bloedarmoede? Nee Ja

17 - Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? Nee Ja

18 - Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Nee Ja

19 - Heeft u een nierziekte? Nee Ja

20 - Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Nee Ja

21 - Heeft u een kunstgewricht? Nee Ja

22 - Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Nee Ja

23 - Rookt u?: Nee Ja
Zo ja, hoeveel per dag? _____

24 - Gebruikt u alcohol? Nee Ja
Zo ja, hoeveel glazen per dag? _____

25 - Vrouwen: Bent u zwanger en/of geeft u borstvoeding? Nee Ja

26 - Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?: Nee Ja
Zo ja, welke? _____

27 - Gebruikt u medicijnen?: Nee Ja
Zo ja, welke? _____

Volledige naam: _____ Man Vrouw

Geboortedatum: _____

Werkwijze:

- vul dit formulier (PDF) volledig in, door gebruik te maken van de bovenstaande aanvink-keuzes en invulvelden
- vervolgens kunt u dit formulier opslaan en mailen naar info@dentl.nl
- u kunt uw eigen exemplaar van dit formulier (PDF) bewaren. Bij vragen kunt u ons bellen via tel: 038 386 78 56

*Met het insturen van dit digitale formulier (PDF) geeft u ons toestemming om uw ingevulde gegevens bij uw patiëntendossier te voegen