

VERTROUWELIJKE MEDISCHE VRAGENLIJST

Naam:.....Voornaam:.....
 Geboortedatum:.....
 Straat + nummer:.....
 Postnummer:.....Gemeente:.....
 Tel:.....GSM:.....
 E-mailadres:.....
 Huisarts:.....
 Vorige tandarts:.....
 Wat is de reden van uw consult?

- | | JA | NEEN |
|---|-------|-------|
| 1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | | |
| 2. Hebt u een hartinfarct gehad? | | |
| 3. Is bij u een hartgeruis of klepgebrek vastgesteld? | | |
| 4. Hebt u een kunstheup, kunsthartklep of pacemaker ? | | |
| Hebt u stents of overbruggingen ? | | |
| 5. Hebt u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig ? | | |
| 6. Hebt u een hoge bloeddruk ? | | |
| 7. Hebt u aanvallen van hartkloppingen? Hartzwakte ? | | |
| 8. Hebt u verlammingen (beroerte, attaque) gehad? | | |
| 9. Gebruik u medicamenten tegen epilepsie (vallende ziekte)? | | |
| 10. Hebt u longproblemen, astma ? | | |
| 11. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na inname van medicatie (vb penicillines) of na het gebruik van medische materialen (jodium, latex, pleisters)? | | |
| Zo ja: - Wordt u hiervoor behandeld met medicamenten? | | |
| - Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? | | |
| - Is de allergie opgetreden bij de tandarts? | | |
| - Waarvoor bent u allergisch ? | | |
| 12. Hebt u suikerziekte (diabetes)? | | |
| 13. Is bij u een afwijkende schildklierfunctie vastgesteld? | | |
| 14. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? | | |
| Zo ja: - Gebruikt u medicamenten om het bloed te verdunnen? | | |
| - Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen? | | |
| - Krijgt u zonder stoten blauwe plekken ? | | |
| - Hebt u of uw familieleden een bloedstollingsziekte? | | |
| 15. Bent u bestraald of geopereerd voor een tumor aan hoofd of hals ? | | |
| Zo ja: Wanneer, welke? | | |
| 16. Heeft U: - een chronische leverziekte (langer dan 6 mdn)? | | |
| - chronische nierziekte waarvoor u een dieet volgt? | | |
| - een lymfeklier- of bloedziekte? | | |
| - een besmettelijke ziekte? | | |
| 17. Gebruikt u dagelijks medicamenten ? (graag omcirkelen en specificeren)
voor hart, bloedverdunding, tegen hoge bloeddruk, tegen reuma,
voor suikerziekte, corticosteroïden, hormonen, antibiotica, kalmerende
middelen of slaaptabletten, verdovende middelen, bifosfonaten, etc...
Welke:..... | | |
| 18. Bent u zwanger ? | | |
| 19. Mogen foto's, modellen (anoniem) gebruikt worden voor het geven van cursussen? | | |