

<b>Versienummer</b>	<b>2</b>	<b>Documentnummer</b>	<b>1.1.2</b>
<b>Invoerdatum</b>	01-09-2015	Revisiedatum	30-11-2015
<b>Bestemd voor</b>	Medewerkers RMZ / patiënten RMZ		
<b>Documentnaam</b>	Medische vragenlijst RoerMondzorg BV		

### Medische vragenlijst:

Het is voor ons van belang om te kunnen inschatten of er een gezondheidsrisico bestaat als wij u behandelen. Het is belangrijk dat u deze lijst zo volledig mogelijk invult. Ook als u vermoedt dat uw gezondheidsklacht niets met tandheelkunde te maken heeft.

### Persoonsgegevens:\*

- E-mail:
- 06nr.:
- Huisarts:
- Vorige Tandarts / Implantoloog / Kaakchirurg:

*\*controleert u svp de gegevens op de sticker*

### Geef aan wat voor u van toepassing is:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?<br>Zo ja, wat?   | Nee / Ja                             |
| 2. Bent u onder behandeling van een arts en of specialist?<br>Zo ja, waarvoor?<br>Eventueel naam van de arts / specialist: | Nee / Ja                             |
| 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?<br>Zo ja, waarvoor?                                      | Nee / Ja                             |
| 4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt<br>Zo ja, welke ziekte?  | Nee / Ja                             |
| 5. Bent u ergens allergisch voor?<br>Zo ja, waarvoor?  | Nee / Ja                             |
| 6. Heeft u een hartinfarct gehad?<br>Zo ja, wanneer?   | Nee / Ja                             |
| 7. Heeft u last van hartkloppingen?  | Nee / Ja                             |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?<br>Zo ja, wat is u bloeddruk?  | Nee / Ja<br>Onderdruk:<br>Bovendruk: |
| 9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning?  | Nee / Ja                             |
| 10. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt?   | Nee / Ja                             |
| 11. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?   | Nee / Ja                             |
| 12. Heeft u een aangeboren hartafwijking?<br>Zo ja, welke?   | Nee / Ja                             |
| 13. Heeft u een pacemaker , ICD of neurostimulator?<br>Zo ja, welke?   | Nee / Ja                             |
| 14. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige<br>of medische behandeling?  | Nee / Ja                             |

<b>Versienummer</b>	<b>2</b>	<b>Documentnummer</b>	<b>1.1.2</b>
<b>Invoerdatum</b>	01-09-2015	Revisiedatum	30-11-2015
<b>Bestemd voor</b>	Medewerkers RMZ / patiënten RMZ		
<b>Documentnaam</b>	Medische vragenlijst RoerMondzorg BV		

Zo ja, waarbij?

15. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Nee / Ja
16. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad?  
Zo ja, wanneer? Nee / Ja
17. Heeft u longklachten zoals astma, COPD, bronchitis?  
Zo ja, welke? Nee / Ja
18. Heeft u suikerziekte?  
Zo ja, gebruikt u insuline?  
Zo ja, welke? Nee / Ja  
Nee / Ja
19. Heeft u bloedarmoede? Nee / Ja
20. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken  
van tanden/kiezen of na een operatie? Nee / Ja
21. Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?  
Zo ja, welke en wanneer? Nee / Ja
22. Heeft u een nierziekte? Nee / Ja
23. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Nee / Ja
24. Heeft u een kunstgewricht? Nee / Ja
25. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?  
Zo ja, wanneer? Nee / Ja
26. Rookt u?  
Zo ja, hoeveel? Nee / Ja
27. Gebruikt u alcohol?  
Zo ja, hoeveel? Nee / Ja
28. Gebruikt u drugs?  
Zo ja, welke? Nee / Ja
29. Bent u op dit moment zwanger?  
Zo ja, hoe lang? Nee / Ja
30. Heeft u een ziekte en of aandoening waar niet naar gevraagd is?  
Zo ja, welke? Nee / Ja
31. Gebruikt u medicijnen?  
Zo ja, welke? \* Nee / Ja

*\* Indien u een medicatie overzicht van uw arts/apotheker heeft gekregen verzoeken wij u deze mee te nemen naar uw afspraak.*

<b>Versienummer</b>	<b>2</b>	<b>Documentnummer</b>	<b>1.1.2</b>
<b>Invoerdatum</b>	01-09-2015	Revisiedatum	30-11-2015
<b>Bestemd voor</b>	Medewerkers RMZ / patiënten RMZ		
<b>Documentnaam</b>	Medische vragenlijst RoerMondzorg BV		

(Eventuele wijzigingen in uw gezondheid, zwangerschap, het gebruik van medicijnen, ziekenhuisopnames etc. graag voor uw behandeling aan de tandarts en of de assistente te melden).

Datum:

Handtekening:

*NB. Patiënteninformatie wordt niet aan derden door gestuurd of verteld zonder overleg met de tandarts en met mede weten van de patiënt.*