

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 tandheeldkundige 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 tandheeldkundige 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@laurabaatenmh.nl
- u kunt uw eigen exemplaar van dit formulier (PDF) bewaren. Bij vragen kunt u ons bellen via tel: +31 (0)6 44 54 86 99

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