



MONDZORG KIESKEURIG  
MONDHYGIENISTEN

Naam:

Geboortedatum:

**Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee.**

1. Is er de afgelopen maanden iets veranderd aan uw gezondheid? Ja / Nee
2. Bent u ergens allergisch voor? Ja / Nee  
Zo ja, waarvoor?
3. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja / Nee
4. Heeft u last van hartkloppingen? Ja / Nee
5. Wordt u voor een lage of hoge bloeddruk behandeld? Ja / Nee
6. Heeft u pijn op de borst bij inspanning? Ja / Nee
7. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt? Ja / Nee
8. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja / Nee
9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? Ja / Nee
10. Heeft u een pacemaker ( of ICD ) of neurostimulator? Ja / Nee
11. Hebt u wel eens een endocarditis doorgemaakt? Ja / Nee
12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja / Nee
13. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja / Nee
14. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte ( TIA ) gehad? Ja / Nee
15. Heeft u last van long klachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee
16. Heeft u bloedarmoede? Ja / Nee
17. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen? Ja / Nee
18. Heeft u suikerziekte? Ja / Nee
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte ( gehad ) zo ja, welke? Ja / Nee
20. Heeft u een nierziekte? Ja / Nee
21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / Nee
22. Gebruikt u een speciaal dieet ? Ja / Nee
23. Heeft u een kunstgewricht? Zo ja, sinds wanneer en waar? Ja / Nee
24. Bent u bestraald vanwege een tumor in het hoofd/hals gebied? Ja / Nee
25. Rookt u? zo ja, hoeveel ongeveer per dag? Ja / Nee
26. Gebruikt u alcohol of verdovende middelen? Ja / Nee
27. Vrouwen: bent u zwanger? Ja / Nee
28. Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? Ja / Nee  
Zo ja, wat? .....
29. Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bisfosfonaat of denosumab)? Ja / Nee
30. Gebruikt u medicatie? Ja / nee  
Welke? .....

Datum en handtekening: