

Voornaam: .....

Naam: .....

Geboortedatum: ...../...../.....

Gsm-nummer: ..... Emailadres: .....

Voor een goede behandeling moeten we op de hoogte zijn van uw algemene gezondheidstoestand en uw medicatiegebruik. Indien er iets zou wijzigen, gelieve ons dit ook steeds mee te delen.

**Heeft u gezondheidsproblemen? Zo ja aankruisen en medicatie noteren**

Heeft u hartproblemen? Ja / neen: .....

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? ja / neen: .....

Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Ja / neen: .....

Heeft u stents of overbruggingen? ja / neen: .....

Wordt u behandeld voor een lage of hoge bloeddruk? Ja/ neen: .....

Bent u ooit flauwgevallen tijdens een tandheelkundige of medische behandeling? Ja/ neen: .....

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Ja / neen: .....

Heeft u ooit een TIA, herseninfarct of hersenbloeding gehad? ja / neen: .....

Bent u kortademig? Ja / neen: .....

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / neen: .....

Heeft u last van hyperventileren? Ja / neen: .....

Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Ja / neen: .....

Neemt u bloedverduunners? ja / neen: .....

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het verwijderen van een tand of na een operatie? Ja / neen

Heeft u suikerziekte? Ja / neen: .....

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja / neen: .....

Heeft u maag- en/ of darmproblemen? Ja / neen: .....

Heeft u een lymfeklier- of bloedziekte? Ja / neen: .....

Is bij u een afwijkende schildklierfunctie vastgesteld? Ja / neen: .....

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / neen: .....

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Ja / neen : .....

Krijgt u chemotherapie? Ja / neen: .....

Gebruikt u nu of heeft u vroeger een geneesmiddel gebruikt tegen botontkalking – osteoporose, een bifosfonaat of krijgt u hiervoor injecties? ja / neen: .....

**Gelieve ook de andere zijde in te vullen**



Heeft u een besmettelijke ziekte? Ja / neen: .....

Bent u HIV patiënt? Ja / neen

Rookt u ? ja / neen

Bent u zwanger? Ja / neen            Geeft u borstvoeding? Ja / neen

Gebruikt u antidepressiva? Ja / neen: .....

Gebruikt u andere medicijnen? Ja / neen: .....

Zijn er andere zaken i.v.m. uw gezondheidstoestand die u met uw tandarts wilt bespreken? .....

.....

Bent u ergens allergisch voor? Ja / neen: .....

Heeft u problemen met lokale verdoving? Ja / neen: .....

Wanneer was uw laatste tandartsbezoek? .....

Wie was uw tandarts? .....

Wie is uw huisarts ? .....

Datum ...../...../.....

Handtekening