



Dit document dient ingevuld te worden door nieuwe patiënten.

Hoe zorgvuldiger ingevuld, des te minder administratieve lasten zult u daarna van ons ondervinden. Daarom is het van belang dat u dit formulier zo volledig mogelijk invult

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon nummer vast:

Telefoon nummer werk:

Telefoon nummer mobiel:

E-mail:

Type verzekering:

Naam verzekeraar:

Polisnummer:

Ook zouden we graag de volgende vragen door u ingevuld zien worden. Dit zal ons in staat stellen u een behandeling te geven die rekening houdt met essentiële aspecten van uw persoonlijke situatie.

Algemene vragen: omcirkel het antwoord dat op u van toepassing is.

1. Heeft u pijn of een knellende gevoel op de borst bij inspanning(angina pectoris)? Ja / Nee

Zo ja:

- Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?

Ja / Nee

- Heeft u ook klachten in rust?

Ja / Nee

- Nemen de klachten de laatste tijd toe?

Ja / Nee

2. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja / Nee

Zo ja:

- Ondervindt u daarvan nog steeds klachten? Ja / Nee
 - Hebben zich na het hartinfarct complicaties voorgedaan? Ja / Nee
 - Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? Ja / Nee
-

3. Is bij u een hartgeruis of klepgebrek vastgesteld? Ja / Nee

Zo ja:

- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja / Nee
 - Heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? Ja / Nee
-

4. Heeft u een kunstheup, kunsthartklep of vaatprothese? Ja / Nee

Zo ja:

- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Ja / Nee
-

5. Heeft u een hoge bloeddruk? Ja / Nee

Zo ja:

- Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? Ja / Nee
 - Is uw onderdruk meestal 95 of hoger? Ja / Nee
 - Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? Ja / Nee
-

6. Heeft u aanvallen van hartkloppingen? Ja / Nee

Zo ja:

- Moet u tijdens de aanval uitrusten? Ja / Nee
 - Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? Ja / Nee
-

7. Heeft u last van hartzwakte? Ja / Nee

Zo ja:

- Heeft u 's avonds gezwollen enkels? Ja / Nee
 - Moet u 's nachts meer dan twee maal urineren? Ja / Nee
 - Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt? Ja / Nee
 - Wordt u 's nachts kortademig wakker? Ja / Nee
-

8. Heeft u verlammingen(beroerte, attaque) gehad? Ja / Nee

Zo ja:

- Duurden de klachten korter dan 24 uur? Ja / Nee
 - Heeft u de laatste 6 maanden een beroerte of een attaque gehad? Ja / Nee
-

9. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie (vallende ziekte)? Ja / Nee

Zo ja:

- Wisselt u regelmatig van medicijnen? Ja / Nee

- Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? Ja / Nee

10. Heeft u slechte longen? Ja / Nee

Zo ja:

- Hoest u meer dan een kopje slijm per dag? Ja / Nee

- Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? Ja / Nee

- Bent u kortademig bij het aankleden? Ja / Nee

11. Heeft u astma? Ja / Nee

Zo ja:

-heeft u daar nu last van? Ja / Nee

12. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelgebruik of na gebruik van medische materialen(jodium, rubber, pleisters)?

Ja / Nee

Zo ja:

- Wordt u voor uw allergie met medicijnen behandeld? Ja / Nee

- Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? Ja / Nee

- Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? Ja / Nee

- Waarvoor bent u allergisch?.....

.....

13. Heeft u suikerziekte? Ja / Nee

Zo ja:

- Gebruikt u insuline?

- Bent u vaak "ontregelt"(hypo/hyperglycemie)? Ja / Nee

- Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten? Ja / Nee

14. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? Ja / Nee

Zo ja:

- Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja / Nee

- Heeft u ondanks behandeling klachten? Ja / Nee

15. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? Ja / Nee

Zo ja:

- Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? Ja / Nee

- Heeft u ondanks behandeling klachten? Ja / Nee

16. Is bij u een bloedingneiging vastgesteld? Ja / Nee

Zo ja:

- Gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen? Ja / Nee
 - Gebruikt u aspirine? Ja / Nee
 - Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? Ja / Nee
 - Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? Ja / Nee
 - Hebben u of uw familieleden een bloedstollingziekte? Ja / Nee
-

17. Bent u bestraald of geopereerd voor een tumor aan hoofd of hals? Ja / Nee

Zo ja:

- wanneer was dit?.....
-

18. Lijdt u op dit moment aan:

- Chronische leverziekte(langer dan 6 maanden)? Ja / Nee
 - Chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt? Ja / Nee
 - Lymfeklier -of bloedziekte? Ja / Nee
 - Een besmettelijke ziekte? Ja / Nee
-

19. Gebruikt u dagelijks medicijnen? Ja / Nee

Zo ja:

- Voor het hart? Ja / Nee
 - Voor bloedverdunding? Ja / Nee
 - Tegen hoge bloeddruk? Ja / Nee
 - Tegen gewichtspijnen of reuma? Ja / Nee
 - Voor suikerziekte? Ja / Nee
 - Prednison of andere corticosteroïden? Ja / Nee
 - Andere hormonen? Ja / Nee
 - Medicijnen tegen kanker of bloedziekten? Ja / Nee
 - Penicilline of antibiotica? Ja / Nee
 - Kalmerende middelen of slaaptabletten? Ja / Nee
 - Verdovende middelen? Ja / Nee
 - Andere medicijnen.....
-

Tandheelkundige vragen.

20. Bent u tevreden over het uiterlijk van uw gebit? Ja / Nee

21. Heeft u problemen met het kauwen? Ja / Nee

22. Heeft u maag -en / of darmklachten? Ja / Nee

23. Rookt u? Zo ja; hoeveel.....