

Nootdorp

Pijnacker

Delft

Den Haag

Voorburg

...en omgeving

Patiëntinformatie

Medische vragenlijst



Praktijk voor Mondhygiëne

Persoonsgegevens:

Naam : Telefoon privé :
Voorletter(s) : Telefoon zakelijk/mobiel :
Adres : E-mailadres :
Postcode : Tandarts :
Woonplaats : Huisarts :
Geboortedatum : Specialist :

Algemene informatie:

Bent u op dit moment gezond? Ja Nee
Bent u het afgelopen jaar medisch behandeld? Ja Nee
Zo ja, waarvoor :

Lijdt u/heeft u geleden aan één van onderstaande aandoeningen?

	Ja	Nee		Ja	Nee
Hartziekte/-klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloedziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartafwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nabloeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge Bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage Bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reuma chronisch/acuut*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma/Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes type I/II*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geelzucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schildklierfunctie traag/snel*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u een kunsthartklep, kunstheup of prothese? Ja Nee
Bent u bestraald voor een tumor aan het hoofd-halsgebied? Ja Nee
Heeft u een besmettelijke ziekte? Ja Nee
Zo ja, welke :

Bent u overgevoelig voor één of meerdere van onderstaande stoffen?

	Ja	Nee		Ja	Nee
Verdovingsvloeistof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jodium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke :		

Gebruikt u medicijnen? Ja Nee
Zo ja, welke :

Rookt u? Ja Nee
Zo ja, hoeveel :

(Vrouwen) Bent u momenteel in verwachting? Ja Nee

Heeft u last van een vieze smaak in uw mond? Ja Nee
Heeft u last van een slechte adem? Ja Nee
Zijn er overige bijzonderheden die u nog zou willen melden? Ja Nee
Zo ja, welke :

Datum : Handtekening :

*: gaarne het correcte antwoord aankruisen

Gelieve bij ieder bezoek eventuele veranderingen in gezondheid en medicijngebruik aan te geven!

E.S. van Zeil
Mondhygiëniste

Dorpsstraat 33
2631 CR Nootdorp
Tel: +31(0)15 380 77 99

www.ezpraktijk.nl
Mail: info@ezpraktijk.nl
Nood: +31(0)6 449 600 11