

Maatschap Mathijssen Tandartspraktijk

Europese Medisch Risico Registratie Vragenlijst

Gelieve in te vullen en mee te brengen bij uw eerste tandartsbezoek

- | | | |
|---|-----|-----------------------------|
| 01) Is er in de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? | N J | Wat? |
| 02) Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | N J | Waarvoor? |
| 03) Bent u in de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? | N J | Waarvoor? |
| 04) Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? | N J | Welke ziekte? |
| 05) Bent u ergens allergisch voor? | N J | Waarvoor? |
| 06) Heeft u een hartinfarct gehad? | N J | Wanneer? |
| 07) Heeft u last van hartkloppingen? | N J | |
| 08) Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | N J | Wat is uw bloeddruk? |
| 09) Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? | N J | |
| 10) Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? | N J | |
| 11) Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | N J | |
| 12) Bent u bij inspanning snel kortademig? | N J | |
| 13) Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | N J | |
| 14) Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? | N J | |
| 15) Heeft u een pacemaker of ICD? | N J | |
| 16) Wordt u gecontroleerd door de Trombosedienst? | N J | |
| 17) Bent u ooit flauwgevallen bij een tand- of medische behandeling? | N J | |
| 18) Heeft u last van hyperventileren? | N J | |
| 19) Heeft u epilepsie (vallende ziekte)? | N J | |
| 20) Heeft u een hersenbloeding, een beroerte of TIA gehad? | N J | |
| 21) Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | N J | Kortademig of benauwd? |
| 22) Heeft u suikerziekte? | N J | Gebruikt u insuline? |
| 23) Heeft u bloedarmoede? | N J | |
| 24) Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden
Of kiezen, of na een operatie, of verwonding? | N J | |
| 25) Heeft u Hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | N J | |
| 26) Heeft u een nierziekte? | N J | |
| 27) Heeft u chronische maag/darm klachten? | N J | |
| 28) Heeft u een aandoening van de schildklier (gehad)? | N J | |
| 29) Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | N J | |
| 30) Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | N J | Welke? |
| 31) Heeft u last van neerslachtigheid/depressiviteit? | N J | |
| 32) Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog/psychiater bezocht? | N J | Wanneer? |
| 33) Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | N J | Wanneer? |
| 34) Rookt u? | N J | Hoeveel per dag? |
| 35) Gebruikt u alcohol? | N J | Hoeveel glazen per week? |
| 36) Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? | N J | Welke? |
| 37) Vrouwen: Bent u zwanger? | N J | Wanneer bent u uitgerekend? |
| 38) Heeft u een ziekte/aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | N J | Welke? |
| 39) Gebruikt u momenteel medicijnen? (Ook thuismedicatie) | N J | Welke? |

U kunt eventuele bijzonderheden op de achterzijde van dit formulier vermelden onder het nummer van de vraag/vragen.

Datum:.....

Handtekening:.....