



Gezondheidsvragenlijst Kaakchirurgie

Etiket patiëntgegevens

Algemeen

Hoe is uw gezondheidstoestand? goed / matig / slecht
Bent u zwanger? ja / nee / n.v.t. Zo ja, hoe lang? _____ weken
Geeft u borstvoeding? ja / nee / n.v.t.
Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige/kaakchirurgische behandeling? ja / nee
Zo ja, aard van de complicaties: _____
Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige ingrepen of medische behandeling? ja / nee
Rookt u? ja / nee Zo ja, hoeveel? _____ per dag
Drinkt u alcohol? ja / nee Zo ja, hoeveel? _____ per dag
Gebruikt u drugs? ja / nee Zo ja, wat en in welke mate? _____

Medicijnen

Gebruikt u op dit moment medicijnen? ja / nee
Zo ja welke medicatie gebruikt u (bij inlevering medicijn overzicht hoeft u deze niet nogmaals te vermelden):

Gebruikt u ook bloedverdunners? ja / nee
Zo ja, welke? _____
Bent u onder behandeling bij de trombosedienst? ja / nee
Zo ja, wat is de INR? _____
Zo ja, gebruikt u een immunosuppressivum? ja / nee
Zo ja, gebruikt u medicijnen voor botontkalking/ osteoporose? ja / nee
Bent u allergisch voor Antibiotica? (bv. Penicilline) ja / nee
Zo ja, welke? _____
Heeft u ooit een allergische reactie of problemen gehad na gebruik van geneesmiddelen? ja / nee
Zo ja, welke en/of waarvan? _____

Hart- en vaatziekten

Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? ja / nee
Zo ja, moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? ja / nee
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens deze aanvallen? ja / nee
Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? ja / nee
Heeft u een hartinfarct gehad? ja / nee
Zo ja, wanneer? _____
Heeft u een hartgeruis of hartklepgebrek? ja / nee
Zo ja, heeft u klachten t.g.v. een hartklepgebrek? ja / nee
Heeft u een vervangende hartklep (kunst/biologisch) ja / nee
Zo ja, heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? (antibiotica profylaxe) ja / nee
Heeft u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? ja / nee
Heeft u last van dikke enkels? ja / nee
Heeft u een pacemaker? ja / nee

AUB ook de achterzijde invullen!

Longproblematiek

Heeft u last van hyperventilatie?	ja / nee
Heeft u astma of bronchitis?	ja / nee
Zo ja, heeft u daar nu last van?	ja / nee
Heeft u slechte longen?	ja / nee

Interne aandoeningen

Heeft u hoge bloeddruk?	ja / nee
Heeft u lage bloeddruk?	ja / nee
Heeft u suikerziekte?	ja / nee
Zo ja, gebruikt u Insuline?	ja / nee
Bent u vaak "ontregeld"? (hypoglycaemie/hyperglycaemie)	ja / nee
Is bij u een afwijkende schildklierfunctie vastgesteld?	ja / nee
Heeft u een leverziekte? (bv geelzucht)	ja / nee
Heeft u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?	ja / nee
Heeft u een nierfunctie vervangende behandeling?	ja / nee
Bent u door chronische maag/darmklachten meer dan 5kg vermagerd?	ja / nee
Heeft u bloedarmoede met klachten? (moe, duizelig)	ja / nee
Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?	ja / nee
Zo ja, welke? _____	
Bent u onder behandeling hiervoor?	ja / nee

Overige

Heeft u verlammingen of spraakstoornissen gehad? (na beroerte of attaque.)	ja / nee
Heeft u hooikoorts?	ja / nee
Bent u allergisch voor medische materialen (jodium, rubber, pleisters)	ja / nee
Zo ja, waarvoor? _____	
Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld?	ja / nee
Zo ja, bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	ja / nee
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	ja / nee
Bent u bestraald voor een tumor/gezwel aan hoofd of hals ?	ja / nee
Zo ja, was dit minder dan 5 jaar geleden?	ja / nee
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? (HIV, Hepatitis, TBC)	ja / nee
Zo ja, welke? _____	
Bent u in de afgelopen 2 maanden langer dan 24 uur aaneengesloten opgenomen en/of behandeld in een buitenlands ziekenhuis / verpleeghuis?	ja / nee
Bent u in de afgelopen 2 maanden opgenomen geweest in een Nederlands ziekenhuis waar MRSA (Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus) heerste of een andere BRMO (Bijzonder resistent Micro Organisme), zoals VRE?	ja / nee
Bent u besmet (geweest) met MRSA of in het laatste jaar behandeld i.v.m. een besmetting met MRSA?	ja / nee
Bent u beroepshalve werkzaam met levende vleeskalveren, varkens of pluimvee bestemd voor de slacht of woonachtig op een boerenbedrijf met slachtvee.	ja / nee
Heeft u een kunstheup/ kunstknie/ kunstschouder?	ja / nee
Zo ja, sinds wanneer? _____	
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar gevraagd is?	ja / nee
Zo ja, welke? _____	

Naar waarheid ingevuld:

Naam: Dhr./Mevr./Mej.: _____

Geb. datum: _____

Email-adres: (i.v.m. correspondentie) _____

Datum: _____

Handtekening: _____