



## 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? \_\_\_\_\_  
Gebruikt u een immunosuppressivum / weerstandremmers of biologicals? ja / nee  
Gebruikt u medicijnen voor botontkalking/ osteoporose? ja / nee  
Heeft u in het verleden deze medicatie voor botontkalking/ osteoporose gebruikt? 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? ja / nee  
(antibiotica profylaxe)  
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 glaucoom / verhoogde oogdruk?	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?	
Of in het verleden gehad?	ja / nee
Zo ja, welke? _____	

---

### Naar waarheid ingevuld:

**Naam: Dhr./Mevr./Mej.:** \_\_\_\_\_

**Geb. datum:** \_\_\_\_\_

**Email-adres: (i.v.m. correspondentie)** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_