

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST voor de Kliniek voor Orthodontie

Om voor het eerste consult vast een beeld te krijgen van uw specifieke (pijn)klachten willen wij u verzoeken onderstaande vragen te beantwoorden. Alvast hartelijk dank voor uw moeite.

1. Heeft u pijn?
JA/NEE
Zo ja, waar in de mond?.....
2. Heeft u last van bloedend tandvlees?
JA/NEE
Zo ja, wanneer? bij
poetsen/eten/spontaan
3. Sinds wanneer heeft u klachten?.....
4. Heeft u ooit parodontale behandeling gehad ?
JA/NEE
Zo ja, bij de
parodontoloog/tandarts/mondhygiëniste
5. Hoeveel maal per dag poetst u uw tanden? keer
per dag
6. Wat gebruikt u om tussen uw tanden te reinigen?
floss/stokers/ragers/monddouche

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten, kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

- | | ja | nee | ASA |
|---|----------|----------|-----------|
| 1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | O | O | II |
| Zo ja, | | | |
| · heeft u uw activiteiten moeten verminderen? | O | O | III |
| · heeft u ook klachten in rust? | O | O | IV |
| · nemen de klachten de laatste tijd toe? | O | O | IV |
| · heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? | O | O | IV |
| 2. Heeft u een hartinfarct gehad? | O | O | II |
| Zo ja, | | | |
| · hebben zich daarna complicaties voorgedaan? | O | O | III |
| · ondervindt u nog steeds klachten? | O | O | III |
| · heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? | O | O | IV |
| 3. Heeft u een hartgeruis, hartklepgebrek of acuut rheuma (gehad)? | O | O | II |
| Zo ja, | | | |
| · heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? | O | O | III |
| · bent u aan een hartklepgebrek geopereerd? | O | O | II |
| Heeft u een kunstheup of kunsthartklep? | O | O | II |
| Zo ja, | | | |
| · heeft u na de kunsthartklep-operatie klachten gehouden? | O | O | III |
| · heeft u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? | O | O | II |

	ja	nee	ASA
Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hartvaatoperatie ondergaan?	O	O	II
Zo ja,			
· was dit een 'bypass'-operatie?	O	O	II
· heeft u na deze operatie klachten gehouden?	O	O	III
· heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden?	O	O	IV
Heeft u een pacemaker?	O	O	II
4. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	O	O	II
Zo ja,			
· moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	O	O	III
· wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	O	O	IV
· bent u onder behandeling van een trombosedienst?	O	O	II
5. Heeft u last van hartzwakte?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u 's avonds gezwollen enkels?	O	O	II
· moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	O	O	II
· slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	O	O	III
· moet u na 20 traptreden rusten door kortademigheid?	O	O	III
· wordt u 's nachts kortademig wakker?	O	O	IV
6. Heeft u last van hyperventileren?	O	O	II
7. Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling?	O	O	II
8. Heeft u een hoge bloeddruk?	O	O	II
Zo ja,			
· is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	O	O	II
· is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	O	O	III
· is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	O	O	III
· is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	O	O	IV
9. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	O	O	II
Zo ja,			
· bent u onder controle van een trombosedienst?	O	O	II
· heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?	O	O	III
· heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	O	O	IV
10. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	O	O	II
Zo ja,			
· wisselt u regelmatig van medicijnen?	O	O	III
· heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	O	O	IV
11. Heeft u astma?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u daar nu last van?	O	O	III
· helpen uw medicijnen voldoende?	O	O	IV
12. Heeft u slechte longen?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u tuberculose?	O	O	II
· heeft u klachten van de tuberculose?	O	O	III
· hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	O	O	II
· bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	O	O	III
· bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?	O	O	IV

	ja	nee	ASA
13. Heeft u hooikoorts?	O	O	II
Heeft u ooit een allergische reactie gehad op geneesmiddelen of medische materialen?	O	O	II
Zo ja,			
· gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	O	O	II
· is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	O	O	II
· is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	O	O	II
· bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	O	O	II
· heeft u een allergie voor metalen of krijgt u daar wel eens uitslag van?	O	O	II
14. Heeft u suikerziekte?	O	O	II
Zo ja,			
· gebruikt u insuline?	O	O	II
· bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)?	O	O	III
· wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten t.g.v. suikerziekte?	O	O	IV
15. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	O	O	II
Zo ja,			
· wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	O	O	II
· heeft u, ondanks behandeling, klachten gehouden?	O	O	IV
Bent u, zonder minder te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo afgevallen bij een goede eetlust?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u het sneller warm dan mensen in uw omgeving?	O	O	II
· Heeft u altijd klamme handen en trillende vingers?	O	O	II
16. Is bij u een verminderde schildklierfunctie vastgesteld?	O	O	II
Zo ja,			
· wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	O	O	II
· heeft u ondanks behandeling klachten gehouden?	O	O	II
Bent u, zonder meer te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo aangekomen?	O	O	II
Zo ja,			
· bent u trager en/of kouwelijk geworden?	O	O	II
17. Heeft u langer dan zes maanden een leverziekte?	O	O	II
Zo ja,			
· bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	O	O	III
· heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	O	O	IV
Heeft u op dit moment serumhepatitis of hepatitis B?	O	O	II
Zo ja,			
· is dit uit bloedonderzoek gebleken?	O	O	II
· bent u hiervoor onder behandeling/controle?	O	O	III
18. Heeft u een chronische nierziekte?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling?	O	O	II
· heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	O	O	III
19. Heeft u een darmaandoening met diarree?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u regelmatig 's nachts diarree?	O	O	II
· heeft u langer dan 6 maanden diarree?	O	O	III
· heeft u daarbij koorts?	O	O	IV
20. Heeft u bloedarmoede?	O	O	II
Zo ja,			
· heeft u hiervan klachten (moe, duizelig, kortademig, hoofdpijn)?	O	O	III
· komt er in uw familie bloedarmoede voor?	O	O	III

	ja	nee	ASA
21. Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?	O	O	III
Zo ja, welke?			
· heeft u zweertjes of ontstekingen in de mond?	O	O	III
· wordt u hiervoor behandeld en heeft u desondanks klachten?	O	O	III
· heeft u koorts in aanvallen?	O	O	IV
· transpireert u 's nachts hevig?	O	O	IV
22. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	O	O	II
Zo ja,			
· bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	O	O	II
· krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	O	O	II
· gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen?	O	O	II
· gebruikt u meer dan 2x per week aspirine of een middel tegen gewrichtspijn?	O	O	II
· heeft u, of uw familie, een bloedstollingsziekte?	O	O	III
23. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	O	O	II
Zo ja,			
· was dit meer dan vijf jaar geleden?	O	O	II
· was dit minder dan vijf jaar geleden?	O	O	III
· was dit minder dan één jaar geleden?	O	O	IV
24. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	O	O	II
Zo ja, welke?			
· bent u seropositief?	O	O	II
· heeft u aids?	O	O	III
25. Gebruikt u op dit moment medicijnen?	O	O	
Zo ja,			
· voor het hart?	O	O	
· loopt u bij de trombosedienst?	O	O	
· tegen hoge bloeddruk?	O	O	
· aspirine of andere pijnstillers?	O	O	
· voor suikerziekte?	O	O	
· prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?	O	O	
· medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	O	O	
· penicilline of antibiotica?	O	O	
· kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdoovende middelen?	O	O	
· andere medicijnen?	O	O	
zo ja, welke?			
26. Bent u zwanger?	O	O	II
Zo ja, bent u korter dan drie maanden zwanger?	O	O	III
27. Rookt u?	O	O	
Zo ja, hoeveel rookt u per dag ?sigaretten/sigaren per dag			
Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?	O	O	
Lijdt u aan stress?	O	O	
28. Heeft u last van een vieze smaak?	O	O	
Heeft u last van een slechte adem?	O	O	
Ervaart u zelf een slechte adem?	O	O	
Ervaren anderen uw slechte adem?	O	O	



De situatie kan zich voordoen dat de behandelend tandarts meer informatie over uw gezondheid nodig heeft voor de diagnose en eventueel behandeling binnen Kliniek voor Orthodontie Rotterdam. Met ondertekening van deze anamnese lijst geeft u de behandelend tandarts toestemming deze eventueel benodigde informatie bij uw huisarts in te winnen.

LET OP:

Indien in bovenstaande gegevens veranderingen optreden, dient u ons hiervan op de hoogte te stellen.