

- Heeft u zweertjes of ontstekingen in uw mond?
- Heeft u koorts in aanvallen?
- Transpireert u 's nachts hevig?

ja nee
ja nee
ja nee

28. Bent u geïnfecteerd met HIV of heeft u AIDS?

JA NEE

29. Bent u bestraald/geopereerd van een tumor in het hoofd/halsgebied?

- Was dit minder dan 5 jaar geleden?
- Was dit meer dan 5 jaar geleden?

JA NEE
ja nee
ja nee

30. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?

- Gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen?
- Gebruikt u meer dan twee aspirines per week?
- Gebruikt u meer dan twee keer per week een middel tegen gewrichtspijn?
- Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?
- Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?
- Heeft u of uw familieleden een bloedstollingsziekte?

JA NEE
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee

31. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?

JA NEE

32. Gebruikt u op dit moment medicijnen?

- Voor het hart?
- Voor bloedverdunding?
- Tegen hoge bloeddruk?
- Tegen gewrichtspijnen of reuma?
- Voor suikerziekte?
- Prednison of andere corticosteroïden?
- Andere hormonen?
- Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?
- Penicilline of antibiotica?
- Kalmerende middelen of psychofarma?
- Andere medicijnen?

JA NEE
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee

Datum:

Handtekening patiënt:

Aanvullende notities:

Samenvatting afwijkingen:

ASA SCORE:

Consequenties voor behandeling:

MONDZORG BRABANT

Dr. Struyckenplein 67
4812 TA Breda

(076) 78 511 50

info@mondzorgbrabant.nl
www.mondzorgbrabant.nl

Naam: _____ Voorletters: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Geboorte datum: _____ Telefoonnummer: _____

BSN: _____ Man/ Vrouw

Verzekeraar: _____ Polisnummer: _____

Huisarts: _____

Uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de behandelaar van belang zijn. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragen op dit formulier te beantwoorden?

Afhankelijk van uw antwoord kunt u **JA** of **NEE** omcirkelen.

INDIEN HET ANTWOORD OP DE DIKGEDRUKTE VRAAG 'NEE' IS, DAN KUNT U DIRECT DOOR NAAR DE VOLGENDE DIKGEDRUKTE VRAAG.

Als u iets niet begrijpt, vraag dan uw behandelaar om uitleg.

1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?

JA NEE

- Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?
- Heeft u ook klachten in rust?
- Nemen de klachten de laatste tijd toe?

ja nee
ja nee
ja nee

2. Heeft u een hartinfarct gehad?

JA NEE

- Ondervindt u daarvan nog steeds klachten?
- Hebben zich na het hartinfarct complicaties voorgedaan?
- Heeft u een hartinfarct in de laatste 6 maanden gehad?

ja nee
ja nee
ja nee

3. Heeft u een acuut reuma gehad?

JA NEE

4. Is bij u een hartgeruis of een hartklepgebrek vastgesteld?

JA NEE

- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?
- Heeft u klachten ten gevolge van een hartklepgebrek?

ja nee
ja nee

5. Heeft u een kunstgewricht of vaatprothese?

JA NEE

- Heeft u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?

ja nee

6. Heeft u een hartoperatie ondergaan?

JA NEE

- Was dit een 'bypass' operatie?
- Heeft u na deze operatie klachten gehouden?
- Heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden?
- Bent u aan een hartklepgebrek geopereerd?
- Heeft u een kunstklep gekregen?
- Heeft u na deze operatie klachten gehouden?

ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee
ja nee

7. Heeft u een hoge bloeddruk?	JA	NEE	17. Heeft u op dit moment tuberculose?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Weet u de hoogte van uw bloeddruk?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u klachten van de tuberculose?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	ja	nee	18. Heeft u op dit moment een serumhepatitis of hepatitis B?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Is uw onderdruk meestal 95 of lager?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	ja	nee
8. Heeft u een onregelmatige hartslag?	JA	NEE	19. Heeft u vaak last van infecties met temperatuursverhoging?	JA	NEE
9. Heeft u zonder grote inspanning aanvallen van hartkloppingen?	JA	NEE	<input type="checkbox"/> Was de temperatuur toen onder de 38°C?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Bent u onder controle bij een trombosedienst?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Was de temperatuur toen tussen de 38° en 39°C?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Moet u uw activiteiten verminderen tijdens de aanvallen?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Was de temperatuur toen boven de 39°C?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Wordt u bleek/duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	ja	nee	20. Heeft u een darmaandoening met klachten over diarree?	JA	NEE
10. Heeft u last van hartzwakte?	JA	NEE	<input type="checkbox"/> Heeft u regelmatig 's nachts diarree?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Heeft u 's avonds gezwollen enkels?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u de diarree langer dan 6 maanden?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u daarbij koorts?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Slaapt u met meer dan 2 kussens vanwege kortademigheid?	ja	nee	21. Lijdt u aan een chronische nierziekte?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Moet u na 20 trap treden rusten door kortademigheid?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Wordt u 's nachts kortademig wakker?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u nierfunctie vervangende behandeling?	ja	nee
11. Heeft u verlammingen of spraakstoornissen gehad?	JA	NEE	22. Heeft u suikerziekte?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Bent u onder controle van de trombosedienst?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Gebruikt u insuline?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Duurden de klachten langer dan 24 uur?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglykemie)?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Heeft u een beroerte of attaque gehad?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Wordt u behandeld voor complicaties t.g.v. diabetes (hart)?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte gehad?	ja	nee	23. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	JA	NEE
12. Gebruikt u medicijnen voor epilepsie (vallende ziekte)?	JA	NEE	<input type="checkbox"/> Wordt u daarvoor behandeld of bent u onder controle?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Wisselt u regelmatig van medicijnen?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u ondanks de behandeling klachten overgehouden?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	ja	nee	24. Bent u (z. dieet) meer dan 6 kg afgevallen de laatste 6 maanden?	JA	NEE
13. Heeft u een chronische bronchitis/rookt u > 25 sigaretten?	JA	NEE	<input type="checkbox"/> Heeft u het sneller warm dan de meeste mensen in uw omgeving?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u altijd klamme handen en trillende vingers?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	ja	nee	25. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Bent u kortademig bij het opstaan of zich aankleden?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Wordt u daarvoor behandeld of bent u onder controle?	ja	nee
14. Heeft u astma?	JA	NEE	<input type="checkbox"/> Heeft u ondanks de behandeling klachten gehouden?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Heeft u daar nu last van?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Bent u de laatste 6 maanden meer dan 6 kg zwaarder geworden?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Helpen uw medicijnen nu voldoende?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Bent u trager geworden?	ja	nee
15. Lijdt u aan hooikoorts?	JA	NEE	<input type="checkbox"/> Bent u meer kouwelijk geworden?	ja	nee
16. Bent u allergisch voor medische materialen?	JA	NEE	26. Heeft u bloedarmoede?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Wordt u voor uw allergie met medicijnen behandeld?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Heeft u klachten (moe/duizelig/kortademig/hoofdpijn)?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Bent u allergisch voor 'plaatselijke verdoving'?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Komt er in uw familie erfelijke bloedarmoede voor?	ja	nee
<input type="checkbox"/> Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	ja	nee	27. Heeft u een ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?	JA	NEE
<input type="checkbox"/> Bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	ja	nee	<input type="checkbox"/> Wordt u hiervoor behandeld en heeft u nog klachten?	ja	nee

