



SCAN 164
Patiëntenvragenlijst

VRAGENLIJST VOOR PATIËNTEN

TAND-, MOND- EN KAAKZIEKTEN

DEEL I: IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

Bedankt om deze vragenlijst zo juist mogelijk in te vullen.
Voor sommige behandelingen hebben wij een goed beeld van je algemene en tandheelkundige gezondheid nodig.
We behandelen je gegevens strikt persoonlijk, met respect voor je privacy.

Voornaam: _____

Naam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____

ALGEMENE GEGEVENS

1. Wie is je vaste tandarts?

Naam _____

Tel. _____

2. Mogen wij hem of haar op de hoogte brengen van je bezoek bij ons?

☐ JA ☐ NEE

3. Wanneer was je laatste niet-dringende tandartsbezoek?

☐ Minder dan 6 maanden

☐ Minder dan 12 maanden

☐ Minder dan 2 jaar

☐ Meer dan 2 jaar

MEDISCHE GEGEVENS

HART- EN VAATAANDOENINGEN

1. Heb je bij inspanning pijn of een knellend gevoel op de borst?

☐ JA ☐ NEE

Indien ja:

1.1 Heb je je activiteiten moeten verminderen?

☐ JA ☐ NEE

1.2 Nemen de klachten de laatste tijd toe?

☐ JA ☐ NEE

1.3 Heb je ook klachten in rust?

☐ JA ☐ NEE

2. Heb je een hartinfarct gehad?

☐ JA ☐ NEE

Indien ja:

2.1 Heb je nog altijd klachten?

☐ JA ☐ NEE

2.2 Heb je in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?

☐ JA ☐ NEE

3. Heb je een hartgeruis, hartklepgebrek of kunsthartklep?

☐ JA ☐ NEE

Indien ja, welke _____

4. Onderging je een bypassoperatie?

☐ JA ☐ NEE

5. Heb je een pacemaker/ICD?

☐ JA ☐ NEE

6. Heb je een stent?

☐ JA ☐ NEE

7. Onderging je in de laatste 6 maanden een vaatoperatie? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja:
 7.1 Heb je ooit reuma gehad? ☐ JA ☐ NEE
 7.2 Heb je hartklachten? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja, welke _____
8. Heb je aanvallen van hartkloppingen wanneer je geen inspanningen levert? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja:
 8.1 Moet je tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? ☐ JA ☐ NEE
 8.2 Word je bleek, duizelig of kortademig tijdens die aanvallen? ☐ JA ☐ NEE
9. Heb je problemen door onvoldoende hartfuncties? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja:
 9.1 Heb je meer dan twee hoofdkussens nodig door kortademigheid? ☐ JA ☐ NEE
 9.2 Ben je 's nachts, wanneer je platligt, kortademig? ☐ JA ☐ NEE
10. Heb of had je een lage of hoge bloeddruk? ☐ JA ☐ NEE
 Je bloeddruk is: _____ / _____
11. Heb je de neiging om te bloeden? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja:
 11.1 Bloed je langer dan één uur na verwonding of ingrepen? ☐ JA ☐ NEE
 11.2 Krijg je zonder enige oorzaak blauwe plekken? ☐ JA ☐ NEE
 11.3 Neem je bloedverduunners? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja, welke _____

AANDOENINGEN VAN HET ADEMHALINGSTELSEL

1. Heb je problemen met je longen of last van een blijvende hoest? ☐ JA ☐ NEE
 Indien ja:
 1.1 Ben je na ongeveer 20 treden tijdens het traplopen kortademig? ☐ JA ☐ NEE
 1.2 Ben je kortademig wanneer je je aankleedt? ☐ JA ☐ NEE
 1.3 Heb je last van hyperventilatie? ☐ JA ☐ NEE

ANDERE MEDISCHE ASPECTEN

1. Kreeg je de voorbije drie maanden een prothese (knie, heup ...)? ☐ JA ☐ NEE
2. Lijdt je aan een van volgende aandoeningen:
- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ Epilepsie | ☐ Kanker of leukemie | ☐ Hepatitis A |
| ☐ Suikerziekte | ☐ Astma | ☐ Hepatitis B |
| ☐ Hiv/AIDS | ☐ Nierziekte | ☐ Hepatitis C |
| ☐ Schildklierproblemen | ☐ Leverziekte | ☐ Hepatitis D |
| ☐ Andere: _____ | | |

Bijkomende opmerkingen over je aandoening (bv. werkt je schildklier te veel of te weinig, nierdialyse, nier- of beenmerg-transplantatie, soort kanker, bestraling aan hoofd, nek of hals, radiotherapie, chemotherapie, insulineafhankelijk ...):

3. Ben je **allergisch** aan:

- ☐ Penicilline ☐ Aspirine ☐ Latex/rubber
☐ Jodium ☐ Hooikoorts ☐ Pleisters
☐ Gluten ☐ Verdovingsproducten ☐ Andere: _____

Indien ja:

- 3.1 Kreeg je daarvoor medicatie of werd je opgenomen in het ziekenhuis? ☐ JA ☐ NEE

Indien ja, welke medicatie? _____

- 3.2 Is de allergie opgetreden tijdens een tandheelkundige behandeling? ☐ JA ☐ NEE

- 3.3 Ben je momenteel zwanger of denk je mogelijk zwanger te zijn? ☐ JA ☐ NEE

Indien ja, hoeveel weken? _____

MEDICATIEGEBRUIK

Moet je antibiotica nemen voor een tandheelkundige behandeling? ☐ JA ☐ NEE

Indien ja, welke: _____

[illegible]

GENEESMIDDELEN SINDS PIJNKLACHTEN

[illegible]

LEVENSTIJL

1. Poetsgewoonten

- ☐ Elektrisch ☐ Manueel ☐ Tussen de tanden
☐ Mondspoeling ☐ Flossen ☐ Tongscraper

1.1 Welke tandpasta gebruik je momenteel? _____

1.2 Hoe vaak poets je je tanden per dag? _____

2. Voeding en drank

2.1 Aantal hoofdmaaltijden: _____

2.2 Aantal tussendoortjes: _____

2.3 Welke zoetigheden eet je: _____

2.4 Dranken:

☐ Koffie ☐ Thee ☐ Frisdranken ☐ Fruitsappen ☐ Wijn

☐ Andere: _____

3. Rookgedrag

☐ Niet-roker ☐ Roker ☐ Ex-roker

Indien ja, welke rookwaren? _____

Hoeveel per dag? _____

4. Druggebruik

4.1 Gebruik je soms (recreationele) drugs?

☐ JA ☐ NEE

Indien ja, welke: _____

5. Gewicht: _____ kg Lengte: _____ cm

(Dit is belangrijk voor de correcte dosering bij verdoving.)

DIT DOCUMENT WERD NAAR WAARHEID INGEVULD DOOR

☐ Mijzelf ☐ Familielid ☐ Andere _____

Op ____ / ____ / ____ in _____

Handtekening

DEEL II: IN TE VULLEN DOOR DE TANDARTS

ASA-CLASSIFICATIE

☐ ASA I

Gezonde persoon,
zonder regelmatig
medicatiegebruik.

☐ ASA II

Lichte aandoening
met medicatie.
Geen beperkingen in
het dagelijkse leven.

☐ ASA III

Ernstige systeemziekte
met medicatie, met
beperkingen in het
dagelijkse leven.

☐ ASA IV

Zeer ernstige
systeemziekte met
chronische
levensbedreiging.

☐ ASA VI

Zwaar zieke patiënt.
Zonder ingrijpen, zal
de patiënt overlijden.