

## DEEL 1 : ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Voorletters:

Tussenvoegsel:

Achternaam:

Meisjesnaam:

Roepnaam:

Geboortedatum: kies dag    kies maand    kie

Geslacht: kiezen aub

BSN/Sofinummer:

## Adresgegevens

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon thuis:

Telefoon werk:

mobiel:

E-mail:

## Verzekeringsgegevens

Wat voor verzekering heeft u? aub kiezen

Naam verzekeraar:

UZOVI code:  
(4 cijferige code)

Polisnummer:

## Overige gegevens

Beroep

Huisarts

Telefoonnr. huisarts:

Naam van uw vorige tandarts:

plaats van vorige tandarts:

Hoe bent u aan onze naam gekomen?

Aanvullende opmerkingen

## DEEL 2 : MEDISCHE VRAGENLIJST

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.

**Kies telkens ja of nee**

		JA	NEE	ASA
1	Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris) ?			II
	Zo ja:			
1A	heeft u uw activiteiten moeten verminderen?			III
1B	heeft u ook klachten in rust?			IV
1C	nemen de klachten de laatste tijd toe?			IV
1D	heeft u ondanks bypass/ dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?			IV
		JA	NEE	
2	Heeft u een hartinfarct gehad?			II
	Zo ja:			
2A	hebben zich daarna complicaties voorgedaan?			III
2B	ondervindt u nog steeds klachten			III
2C	heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?			IV
		JA	NEE	
3-1	Heeft u een hartgeruis, hartklepgebrek of acuut reuma (gehad) ?			II
	Zo ja:			
3-1-A	heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?			III
3-1-B	bent u aan een hartklepgebrek geopereerd?			II
		JA	NEE	
3-2	Heeft u een kunstheup of kunsthartklep?			II

	Zo ja:		
3-2-A	heeft u na de kunsthartklep operatie klachten gehouden?		III
3-2-B	heeft u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?		II
		JA	NEE
3-3	Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hartvaatoperatie ondergaan?		II
	Zo ja:		
3-3-A	was dit een 'bypass' operatie		II
3-3-B	heeft u na deze operatie klachten gehouden		III
3-3-C	heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden?		IV
		JA	NEE
3-4	Heeft u een pacemaker?		II
		JA	NEE
4	Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?		II
	Zo ja:		
4-A	moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?		III
4-B	wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?		IV
4-C	bent u onder behandeling van een trombosedienst?		II
		JA	NEE
5	Heeft u last van hartzwakte?		II
	Zo ja:		
5-A	heeft u 's avonds gezwollen enkels		II
5-B	moet u 's nachts meer dan 2x urineren?		II
5-C	slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?		III
5-D	moet u na 20 traptreden rusten door kortademigheid?		III
5-E	wordt u 's nachts kortademig wakker?		IV
		JA	NEE
6	Heeft u last van hyperventilatie(syndroom) ?		
		JA	NEE
7	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling ?		
		JA	NEE
8	Heeft u een hoge bloeddruk?		II
	Zo ja:		

8-A	is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	II
8-B	is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	III
8-C	is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	III
8-D	is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	IV
	JA NEE	
9	Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	II
	Zo ja:	
9A	bent u ander controle van een trombosedienst?	II
9B	heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?	III
9C	heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	IV
	JA NEE	
10	Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	II
	Zo ja:	
10A	wisselt u regelmatig van medicijnen?	III
10B	heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	IV
	JA NEE	
11	Heeft u astma?	II
	Zo ja:	
11A	heeft u daar nu last van?	III
11B	helpen uw medicijnen voldoende?	IV
	JA NEE	
12	Heeft u slechte longen?	II
	Zo ja:	
12A	heeft u tuberculose?	II
12B	heeft u klachten van de tuberculose?	III
12C	hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	II
12D	bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	III
12E	bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?	IV
	JA NEE	
13-1	Heeft u hooikoorts?	II
13-2	Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen ?	II
	Zo ja:	

13-2-A	gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	II
13-2-B	is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	II
13-2-C	is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	II
13-2-D	bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	II
	JA NEE	
14	Heeft u suikerziekte?	II
	Zo ja:	
14A	gebruikt u insuline?	II
14B	bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?	III
14C	wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?	IV
	JA NEE	
15-1	Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	II
	Zo ja:	
15-1-A	wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	II
15-1-B	heeft u, ondanks behandeling, klachten gehouden?	IV
	JA NEE	
15-2	Bent u, zonder minder te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo afgevallen bij een goede eetlust?	II
	Zo ja:	
15-2-A	heeft u het sneller warm dan mensen in uw omgeving?	II
15-2-B	heeft u altijd klamme handen en trillende vingers?	II
	JA NEE	
16-1	Is bij u een verminderde schildklierfunctie vastgesteld?	II
	Zo ja:	
16-1-A	wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	II
16-1-B	heeft u ondanks behandeling klachten gehouden?	II
	JA NEE	
16-2	Bent u, zonder minder te gaan eten, het laatste half jaar meer dan 6 kilo afgevallen bij een goede eetlust?	II
	Zo ja:	
16-2-A	bent u trager geworden?	II
16-2-B	bent u kouwelijk geworden?	II
	JA NEE	
17-1	Heeft u langer dan zes maanden een leverziekte?	II

	Zo ja:		
17-1-A	bent u hiervoor weleens opgenomen in het ziekenhuis?		II
17-1-B	heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?		IV
		JA NEE	
17-2	Heeft u op dit moment serumhepatitis of hepatitis B?		II
	Zo ja:		
17-2-A	is dit uit bloedonderzoek gebleken?		II
17-2-B	bent u hiervoor onder behandeling/controle?		III
		JA NEE	
18	Heeft u een chronische nierziekte?		II
	Zo ja:		
18A	heeft u nierfunctie-vervangende behandeling?		III
18B	heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?		II
		JA NEE	
19	Heeft u een darmaandoening met diarree?		II
	Zo ja:		
19A	heeft u regelmatig 's nachts diarree?		III
19B	heeft u langer dan 6 maanden diarree?		IV
19C	heeft u daarbij koorts?		II
		JA NEE	
20	Heeft u bloedarmoede?		III
	Zo ja:		
20A	heeft u hiervan klachten (moe, duizelig, kortademig, hoofdpijn)?		III
20B	komt er in uw familie bloedarmoede voor?		III
		JA NEE	
21	Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?		III
	Zo ja:		
21A	welke ziekte?		
21B	heeft u zweertjes of ontstekingen in de mond?		III
21C	wordt u hiervoor behandeld en heeft u desondanks klachten?		IV
21D	heeft u koorts in aanvallen?		IV
21E	transpireert u 's nachts hevig?		II

		JA	NEE	
22	Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?			II
	Zo ja:			
22A	bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?			II
22B	krijgt u zonder stoten blauwe plekken?			II
22C	gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen?			II
22D	gebruikt u meer dan 2 x per week aspirine of een middel tegen gewrichtspijn?			II
22E	heeft u, of uw familie, een bloedstollingsziekte?			III
		JA	NEE	
23	Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?			II
	Zo ja:			
23A	was dit meer dan vijf jaar geleden?			II
23B	was dit minder dan vijf jaar geleden?			III
23C	was dit minder dan één jaar geleden?			IV
		JA	NEE	
24	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?			II
	Zo ja:			
24A	welke ziekte?			
24B	bent u seropositief?			II
24C	heeft u aids?			III
		JA	NEE	
25	Gebruikt u op dit moment medicijnen?			
	Zo ja:			
25A	voor het hart ?			
25B	tegen hoge bloeddruk?			
25C	aspirine of andere pijnstillers?			
25D	voor suikerziekte?			
25E	prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?			
25F	medicijnen tegen kanker of bloedziekten?			
25G	penicilline of antibiotica?			
25H	kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen?			

25I	andere medicijnen?			
25J	loopt u bij de trombosedienst?			
		JA	NEE	
26	Bent u zwanger?			II
	Zo ja:			
26A	bent u korter dan drie maanden zwanger?			III
		JA	NEE	
27	Rookt u?			
	Zo ja:			
27A	hoeveel sigaretten per dag ?			
27B	Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?			
27C	Lijdt u aan stress?			
		JA	NEE	
28-1	Heeft u last van een vieze smaak?			
28-2	Heeft u last van een slechte adem?			
	Zo ja:			
28-2-A	ervaart u zelf de slechte adem?			
28-2-B	ervaren anderen uw slechte adem?			
		JA	NEE	
29	Is uw gebit gevoelig bij			
29A	warmte of koude?			
29B	zoetigheid?			
29C	kauwen / bijten?			
		JA	NEE	
30	Heeft u (last van)			
30A	bloedend tandvlees?			
30B	losse tanden?			
		JA	NEE	
31	Wilt u uw tanden en kiezen zo lang mogelijk behouden?			
		JA	NEE	
32	Bent u tevreden over het uiterlijk van uw gebit?			
		JA	NEE	
	Wanneer zijn er voor het laatst foto's van uw gebit gemaakt?			



33			
		JA	NEE
34	Heeft u vaak hoofdpijn?		
		JA	NEE
35	Maken uw kaakgewrichten knappende geluiden?		
		JA	NEE
36	Heeft u moeite met het openen of sluiten van de mond?		
		JA	NEE
37	Knarsetandt u of klemt u regelmatig de kaken op elkaar?		
		JA	NEE
38	Heeft u weleens een slechte ervaring gehad met een tandheerkundige behandeling?		
38A	Zo ja: op welke wijze?		
	Indien u bent doorverwezen ga dan door naar vraag 41		
39	Wanneer bent u bij uw laatste tandarts weggegaan?		
40	Waarom bent u bij uw laatste tandarts weggegaan?		
41	Kunt u kort aangeven wat u van ons verwacht, wat uw wensen zijn?		
		JA	NEE
42	Bent u doorverwezen?		
42A	Zo ja: Wie is uw tandarts?		
42B	adres		
42C	plaats		
	Heeft u misschien nog opmerkingen n.a.v. deze vragenlijst?		

### DEEL 3 : UW EERSTE BEZOEK

- \* Bij uw eerste bezoek dient u een geldig legitimatiebewijs en uw verzekeringspasje mee te nemen.
- \* Tijdens uw eerste bezoek worden er röntgenfoto's gemaakt en wordt deze vragenlijst met u doorgenomen. U bent dan in de gelegenheid specifieke vragen of wensen betreffende uw gebit te bespreken. Tevens worden er dan vervolgafspraken gepland, bijvoorbeeld voor een bezoek aan de mondhygiëniste of voor het herstellen van een tand of kies. Als er een meer uitgebreide behandeling noodzakelijk is, zal er meestal nog een aparte afspraak volgen om een behandelplan op te stellen en de kosten te bespreken.
- \* Wilt u uw vorige tandarts vragen recente röntgenfoto's en relevante informatie naar ons op te sturen vóór uw eerste afspraak ? Het liefst ontvangen we die informatie per email via [info@tandarts-vinkeveen.nl](mailto:info@tandarts-vinkeveen.nl).

Naar waarheid ingevuld op datum:

te: (plaats)

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