



GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam en voornaam patiënt:

Tel:

Email:

Geboortedatum:

Zijn een of meerdere van volgende aandoeningen voor u van toepassing?

- Hartinfarct, TIA, beroerte, trombose, hartklepgebrek, kunstklep, pacemaker, aderverkalking, hoge bloeddruk, stent
- Leverfalen, levercirrose, hepatitis
- Maagulcus, maagbloeding
- Nierinsufficiëntie
- Longoedeem
- Diabetes
- Osteoporose
- Epilepsie
- Tumor:
- Bestraling in hoofd-hals regio
- HIV
- Andere aandoening:

Neemt u een van volgende bloedverdunners?

- Asaflow, Cardioaspirine, Efient, Plavix, Ticlid, Brilique, Persantine, Aggrenox
- Sintrom, Marevan, Marcoumar
- Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana

Neemt u een van volgende geneesmiddelen?

- Corticosteroïden (Medrol)
- Fosamax, Bonfos, Bonviva, Actonel, Aclasta, Zometa, Fosavance, Prolia, Xgeva
Krijgt u deze medicatie via injecties? Ja:
- Bloeddrukverlager
- Medicatie tegen epilepsie
- Anti-depressiva
- Slaap- of kalmeermiddelen
- Andere medicijnen:

Zijn volgende voor u van toepassing?

- Rookt / Vapet u? Ja: sig/dag
- Valt u makkelijk flauw? Ja
- Hebt u problemen met platliggen? Ja
- Bent u allergisch aan penicilline? Ja
- Bent u allergisch aan andere medicatie? Ja
- Bent u zwanger? Ja
- Zijn er andere relevante zaken? Ja

Informatiebeveiliging

Hierbij geef ik de toestemming om deze informatie, alsook behandelingsplannen en tandheelkundige verslagen met de verwijzende (tand)arts te communiceren via email. Akkoord Niet Akkoord

Datum:

Handtekening: