



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 bloedverduunners?

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

Neemt u een van volgende geneesmiddelen?

- Corticosteroiden
- Fosamax, Bonafos, 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 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:
- Zijn er andere relevante zaken? Ja:

Informatiebeveiliging

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

Datum:

Handtekening: