



## 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, 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 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: