

Naam:

m/v

Geboortedatum:

Beroep:

Gezondheidsvragenlijst

Mond en Balans

mondzorg met holistische visie

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (**Ja of Nee**). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? **JA / NEE** Zo ja, wat? _____
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? **JA / NEE** Zo ja, waarvoor? _____
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? **JA / NEE** Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? **JA / NEE** Zo ja, welke ziekte? _____
5. Bent u ergens allergisch voor? **JA / NEE** II/I Zo ja, waarvoor? _____ (AB IV)
- 5a. Gebruikt u medicatie voor uw allergie? **JA / NEE** III/II
6. Heeft u een hartinfarct gehad? **JA / NEE** II/I Zo ja, wanneer? _____
7. Heeft u last van hartkloppingen, zonder grote inspanningen? **JA / NEE** II/I
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? **JA / NEE** II/I Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?
Onderdruk: _____ > 115 IV Bovendruk: _____ > 120 IV
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? **JA / NEE** II/I
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? **JA / NEE** II/I
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? **JA / NEE** IV/II
12. Bent u bij inspanning snel kortademig? **JA / NEE** IV/II
13. Heeft u een hartklepgebrek? **JA / NEE** II/I
- 13a. Heeft u ook een kunsthartklep? **JA / NEE** III/II
14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? **JA / NEE** II/I
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? **JA / NEE** II/I
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? **JA / NEE** III/I
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische
behandeling? **JA / NEE**
18. Heeft u last van hyperventileren? **JA / NEE** II/I
19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? **JA / NEE** II/I Zo ja, heeft u ondanks medicijnen nog aanvallen? **JA / NEE** IV/II
20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte(of TIA) gehad? **JA / NEE** II/I

A.u.b. verdergaan op de tweede pagina

- | | | | |
|---|-------------------------|--|---|
| 21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | JA / NEE II/I | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? | JA / NEE III/II |
| 22. Heeft u suikerziekte? | JA / NEE II/I | Zo ja , gebruikt u insuline?
Bent u vaak ontregeld?
Wordt u behandeld voor complicaties? | JA / NEE II/I
JA / NEE III/II
JA / NEE IV/II |
| 23. Heeft u bloedarmoede? | JA / NEE II/I | | |
| 24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? | JA / NEE III/I | | |
| 24a. Krijgt u zonder stoten blauwe plekken ? | JA / NEE IV/II | | |
| 25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | JA / NEE II/I | Zo ja, heeft u een chronische leveraandoening, > 6 mnd? | JA / NEE III/I |
| 26. Heeft u een chronische nierziekte? | JA / NEE II/I | Zo ja, krijgt u nierfunctie vervangende behandeling? | JA / NEE III/II |
| 27. Heeft u chronische maagdarmklachten? | JA / NEE II/I | Zo ja, heeft u regelmatig diarree en al langer dan 6 mnd? | JA / NEE III/II |
| 28. Heeft u een aandoening van de schildklier? | JA / NEE II/I | Zo ja, wordt u hiervoor behandeld/gecontroleerd?
Zo ja, heeft u toch nog klachten gehouden? | JA / NEE III/II
JA / NEE IV/II |
| 29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | JA / NEE II/I | | |
| 30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | JA / NEE II/I | Zo ja, welke?_____ | |
| 31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | JA / NEE II/I | Zo ja, [] minder dan 1 jaar geleden? IV [] 1-5 jaar geleden? III [] meer dan 5 jaar geleden? II | |
| 32. Rookt u? | JA / NEE | Zo ja, hoeveel per dag?_____ | |
| 33. Gebruikt u alcohol? | JA / NEE | Zo ja, hoeveel glazen per week?_____ | |
| 34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? | JA / NEE II-IV/I | Zo ja, welke?_____ | |
| 35. Vrouwen: bent u zwanger? | JA / NEE | Zo ja, wanneer ben u uitgerekend?_____ | |
| 36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | JA / NEE | Zo ja, welke?_____ | |
| 37. Gebruikt u momenteel medicijnen?
Zo ja , vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt: | JA / NEE II/I | | |

OPMERKINGEN:

DATUM:

HANDTEKENING: