

Gezondheidsvragenlijst

Doorhalen wat **niet** van toepassing is.

Naam
Naam Huisarts te.....
Naam specialist te.....
Verzekering: nr.....
BSN Nummer
Emailadres

1. Bent u momenteel onder medische behandeling? Ja/nee

Zo ja, waarvoor?.....

2. Heeft u een van de volgende ziekten of problemen (gehad)?

Aangeboren hartafwijking	ja/nee	Bloedarmoede	ja/nee
Klepprothese/ -gebreken	ja/nee	Epilepsie	ja/nee
Endocarditis	ja/nee	Geslachtsziekten	ja/nee
Angina Pectoris	ja/nee	Diabetes (suikerziekte)	ja/nee
Hoge/ lage bloeddruk	ja/nee	Flauwvallen/ wegraken	ja/nee
Acuut reuma	ja/nee	Geelzucht/hepatitis	ja/nee
Astma/ bronchitis	ja/nee	AIDS	ja/nee
Trombose/ longembolie	ja/nee	Leukemie	ja/nee
Beroerte	ja/nee	Schildklierafwijkingen	ja/nee
Hemofilie (bloedziekte)	ja/nee	Transplantatie	ja/nee

3. Gebruikt u medicijnen? Ja/nee

Zo ja, welke?.....

4. Bent u overgevoelig (allergisch) voor een of meer van de volgende middelen?

Verdovingsvloeistof	ja/nee	Aspirine	ja/nee
Jodium	ja/nee	Andere middelen	ja/nee
Antibiotica	ja/nee	Zo ja, welke.....	

5. Heeft u ooit last van nabloeden (gehad) na het trekken van tanden of kiezen, Operaties of verwondingen? Ja/nee

6. Hebt u wel eens een abnormale reactie op verdoving gehad? Ja/nee

7. Rookt u? Ja/nee

Zo ja, hoeveel?.....

8. Bent u momenteel zwanger? Ja/nee

9. Is er iets uit uw medische voorgeschiedenis dat belangrijk is om nog te vermelden? Ja/nee

Zo ja, wat?.....

Ingevuld d.d..... Handtekening.....