

Naam	<input type="text"/>	Verzekeringsmaatschappij	<input type="text"/>
Geb.datum	<input type="text"/>	Verzekering nummer	<input type="text"/>
BSN	<input type="text"/>	Huisarts	<input type="text"/>
beroep	<input type="text"/>		

Graag dit formulier invullen en mailen naar [info@noordentnl.ovv](mailto:info@noordentnl.ovv) gezondheidsformulier.  
U mag het ook uitprinten en meenemen tijdens uw eerste bezoek.

## Gezondheidsvragenlijst

- |  |     |    |
|--|-----|----|
| Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?<br>Zo ja, wat?  | Nee | ja |
| Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?<br>Zo ja, waarvoor?   | Nee | ja |
| Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?<br>Zo ja, waarvoor?                                       | Nee | ja |
| Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?<br>Zo ja, welke ziekte?  | Nee | ja |
| Bent u ergens allergisch voor?<br>Zo ja, waarvoor?   | Nee | ja |
| Heeft u een hartinfarct gehad?<br>Zo ja, wanneer?  | Nee | ja |
| Heeft u last van hartkloppingen?   | Nee | ja |
| Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?<br>Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? onderdruk:                      bovendruk: | Nee | ja |
| Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?   | Nee | ja |
| Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?  | Nee | ja |
| Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?   | Nee | ja |
| Bent u bij inspanning snel kortademig?   | Nee | ja |
| Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?   | Nee | ja |
| Heeft u een aangeboren hartafwijking?  | Nee | ja |
| Heeft u een pacemaker (of ICD)?  | Nee | ja |

Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	Nee	ja
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Nee	ja
Heeft u last van hyperventileren?	Nee	ja
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	Nee	ja
Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	Nee	ja
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?	Nee	ja
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen, of na operatie of verwonding?	Nee	ja
Heeft u suikerziekte? Zo ja, gebruikt u insuline?	Nee	ja
Heeft u bloedarmoede?	Nee	ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Nee	ja
Heeft u een nierziekte?	Nee	ja
Heeft u chronische maag/darmklachten?	Nee	ja
Heeft u een aandoening van de schildklier?	Nee	ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee	ja
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?	Nee	ja
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	Nee	ja
Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?	Nee	ja
Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?	Nee	ja
Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke?	Nee	ja
Vrouwen: bent u zwanger? Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?	Nee	ja
Heeft u last van botontkalking of enige andere vorm van botafwijking? Zo ja, welke medicijnen gebruikt u hiervoor?	Nee	ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	Nee	ja
Gebruikt u medicijnen?	Nee	ja

## Overige vragen

Hoelang is het geleden dat u bij een tandarts bent geweest?

Heeft u op dit moment klachten met betrekking tot uw gebit?  
Zo ja welke? Nee ja

Poetst u elektrisch of met de hand

Gebruikt u regelmatig floss tandenstokers ragers

Gaat u naar de mondhygiëniste?  
Zo ja, welke en hoe vaak gaat u? Nee ja

Bent u ooit behandeld voor tandvleesproblemen bij een parodontoloog? Nee ja

Heeft u soms een onplezierige smaak in uw mond of slechte adem? Nee ja

Heeft u last van gevoelige tanden? Nee ja

Heeft u ooit een beugel gehad?  
Zo ja, bent u tevreden met het resultaat? Nee ja

Bent u ooit gevallen op uw tanden of heeft u een trauma aan het aangezicht gehad? Nee ja

Knarst of klemt u? Nee ja

Snurkt u?  
Zo ja, draagt u hiervoor een MRA (snurkbeugel)? Nee ja

Is er iets aan de uitstraling van uw lach dat u graag veranderd zou zien, of heeft u verder nog wensen of vragen? (U kunt bijvoorbeeld denken aan het bleken van uw tanden, rechtere tanden, een prothese)

Overige opmerkingen

Handtekening

Datum