

Geachte heer/mevrouw,

Wij verzoeken u om de bijgevoegde gezondheidsvragenlijst in te vullen. Een aantal ziekten, afwijkingen en/of het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Zij kunnen beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus, in uw belang, erg belangrijk voor ons dat we hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Naam+voorletters: \_\_\_\_\_ m/v

Straat: \_\_\_\_\_

Postcode+plaats: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Tel.nr. Prive: \_\_\_\_\_

Tel.nr. Werk: \_\_\_\_\_

Tel.nr. Mobiel: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

Naam basisverzekering \_\_\_\_\_

Naam tandartsverzekering \_\_\_\_\_

Huisarts+plaats \_\_\_\_\_

Naar waarheid ingevuld op: \_\_\_\_\_ plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

## Gezondheidsvragenlijst mondzorg - kinderen (t/m 15 jaar)

Naam: ..... Geboortedatum: - - man / vrouw PatientCode .....

Waarom is een gezondheidsvragenlijst belangrijk voor uw tandarts en mondhygiënist?

- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik.
- Als uw kind ziek is of medicijnen gebruikt kan dit een beperking zijn voor de tandheelkundige behandeling of een aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat uw tandarts hier rekening mee houdt.

Informeer uw tandarts altijd als er iets is gewijzigd in de gezondheid of het medicijngebruik van uw kind. Deze gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden daarom vertrouwelijk behandeld.

Neem bij elk bezoek aan uw tandarts een recent medicatieoverzicht mee. U kunt een recent overzicht aan uw apotheker vragen.

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd?	Nee	Ja zo ja, wat?
Is uw kind onder behandeling van een (huis)arts of medisch specialist?	Nee	Ja zo ja, waarvoor?
Is uw kind allergisch?	Nee	Ja zo ja, waarvoor?
Heeft uw kind een aangeboren hartafwijking?	Nee	Ja toelichting:
Heeft uw kind epilepsie?	Nee	Ja
Heeft uw kind astma, chronische bronchitis of een andere chronische longziekte?	Nee	Ja
Heeft uw kind suikerziekte?	Nee	Ja -> gebruikt het insuline? ja/nee
Heeft uw kind bloedarmoede?	Nee	Ja
Heeft uw kind hepatitis of andere leverziekte?	Nee	Ja
Heeft uw kind een nierziekte?	Nee	Ja
Heeft uw kind problemen met de voeding of maag-darmklachten?	Nee	Ja
Is uw kind angstig of hyperactief of heeft het andere gedragsproblemen?	Nee	Ja
Volgt uw kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch dagverblijf?	Nee	Ja
Heeft uw kind een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja -> welke?
Gebruikt uw kind momenteel medicijnen?	Nee	Ja -> welke?