

Molenpoortstraat 2A 7041 BG 's-Heerenberg (0314) 647404
www.mondzorgberghseland.nl info@mondzorgberghseland.nl

Wij vragen u deze lijst in te vullen zodat wij rekening kunnen houden met eventuele consequenties en te nemen maatregelen voor de behandeling. De antwoorden zijn alleen voor informatie binnen de praktijk en worden als vertrouwelijk beschouwd.

Personalia

Achternaam _____

Voorletter(s) _____ m/v

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode/Plaats _____

Telefoon thuis _____

Telefoon mobiel _____

Emailadres _____

Verzekering/polisnummer _____

BSN nummer _____

Huisarts _____

Specialist _____

Tandarts _____

Zie ommezijde

Gezondheidsvragenlijst

Algemeen

- Voelt u zich op dit moment ziek? -----> ja / nee
Zo ja, heeft u hiervoor uw arts geraadpleegd? -----> ja / nee
- Bent u de laatste jaren in het ziekenhuis opgenomen geweest? -----> ja / nee
Zo ja, waarvoor? _____
- Bent u (mogelijk) zwanger? -----> ja / nee
- Rookt u? -----> ja / nee
Zo ja, hoeveel? _____

Specifiek

- Heeft u klachten met betrekking tot uw hart? -----> ja / nee
- Heeft u een hoge bloeddruk? -----> ja / nee
- Heeft u suikerziekte? -----> ja / nee
- Heeft u astma? -----> ja / nee
- Heeft u longklachten? -----> ja / nee
- Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik -----> ja / nee
of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters,
tandheelkundige verdoving) ? -----> ja / nee
- Heeft u klachten met betrekking tot uw schildklier? -----> ja / nee
- Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld? -----> ja / nee
- Heeft u een kunstheup, -hartklep of vaatprothese? -----> ja / nee
- Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? -----> ja / nee
- Lijdt u op dit moment aan:
 - chronische leverziekte (langer dan 6 maanden)? -----> ja / nee
 - chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt? -----> ja / nee
 - lymfeklier- of bloedziekte? -----> ja / nee
 - Een besmettelijke ziekte? -----> ja / nee
- Gebruikt u medicijnen?
Zo ja, welke? _____

- Zijn er andere bijzonderheden waar we rekening mee moeten houden
tijdens de behandeling? _____

Plaats:

Datum:

Handtekening: