

Naam:	Voornaam:
Geboortedatum:	Geslacht:
Adres:	
Telefoonnummer:	Gsm-nummer:
Huisarts:	E-mailadres:
<b>Periode laatste tandartsbezoek:</b>	

Uw gezondheid en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn. Wilt u daarom zo vriendelijk zijn de vragen op dit formulier **zo waarheidsgetrouw mogelijk** te beantwoorden? *Vink aan wat voor u van toepassing is. Indien het antwoord ja is, gelieve dan de eventuele onderliggende vragen ook te beantwoorden.*

	JA	NEE
<b>Heeft u pijn/een knellend gevoel op de borst bij verhoogde inspanning (angina pectoris)?</b>		
Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?		
Nemen de klachten de laatste tijd toe?		
Heeft u ook klachten in rust?		
<b>Heeft u een hartinfarct gehad?</b>		
Ondervindt u nog steeds klachten?		
Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?		
<b>Heeft u een hartgeruis, een hartklepgebrek of een kunsthartklep?</b>		
<b>Heeft u een bypassoperatie ondergaan?</b>		
<b>Heeft u een pacemaker of stents?</b>		
<b>Heeft u minder dan 6 maanden geleden een vaatoperatie gedaan?</b>		
<b>Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?</b>		
Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen?		
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?		
<b>Heeft u een hoge bloeddruk?</b>		
<b>Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?</b>		
Bloedt u langer dan 1 uur na een verwonding of ingrepen?		
Krijgt u zonder enige oorzaak blauwe plekken?		
Bent u hemofiliepatiënt?		
<b>Heeft u problemen bij het platliggen?</b>		
Heeft u meer dan 2 hoofdkussens nodig omwille van kortademigheid?		
Bent u 's nachts kortademig bij platliggen?		
<b>Heeft u astma?</b>		
Gebruikt u verstuivers?		
Is uw ademhaling momenteel moeilijk?		
<b>Heeft u problemen met de longen?</b>		
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?		
Bent u kortademig bij het aankleden?		
<b>Lijdt u aan epilepsie?</b>		
Heeft u nog steeds aanvallen?		
<b>Heeft u schildklierproblemen?</b>		
Is uw schildklier te productief?		
<b>Heeft u een leverziekte?</b>		
Langer dan 6 maanden?		
Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?		
<b>Heeft u een nierziekte?</b>		
Heeft u een nierfunctie vervangende behandeling (dialyse)?		
Heeft u een niertransplantatie ondergaan?		

**Mededeling aangaande AVG**

De Algemene Verordening Gegevensbescherming regelt het opslaan, verwerken en de uitwisseling van gegevens. Praktijk Baal verzamelt, verwerkt en deelt alle gegevens conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Bij vragen hieromtrent kan de verwerkingsverantwoordelijke geraadpleegd worden.

<b>Heeft u ooit een kwaadaardig gezwel of leukemie gehad?</b>					
Kreeg u hiervoor medicatie of beenmergtransplantatie?					
Werd u ooit bestraald in hoofd, nek of hals?					
<b>Heeft u een besmettelijke ziekte?</b>					
Hepatitis A, B of C					
Hiv					
TBC					
Andere:					
<b>Heeft u last van hyperventileren?</b>					
<b>Heeft u ooit een allergische reactie of een onaangename reactie (flauwvallen) gehad na gebruik van medisch of tandheelkundig materiaal of medicijnen of latex?</b>					
Is de allergie opgetreden bij uw tandarts?					
Waarvoor bent u allergisch?					
<b>Werd bij u gedurende de laatste 3 maanden een prothese (knie, heup, ...) geplaatst?</b>					
<b>Moet u antibiotica nemen voor een tandheelkundige behandeling?</b>					
<b>Gebruikt u op dit moment medicijnen? (indien van toepassing, vul het desbetreffende medicijn in)</b>					
Voor uw hart?					
Bloedverdunners?					
Tegen hoge bloeddruk?					
Aspirine of pijnstillers?					
Voor een allergie?					
Voor suikerziekte?					
Prednison, corticosteroiden?					
Tegen afstoting?					
Voor huid- of darmziekte of reuma?					
Tegen kanker of bloedziekten?					
Penicilline of andere antibiotica?					
Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?					
Wordt u behandeld voor osteoporose (botontkalking) met intraveneuze of orale bisfosfonaten? (vb. Fosamax, Actonel, Aclasta, Alendronaat, ...)					
Andere?					
<b>Gebruikt u drugs?</b>					
<b>Bent u (mogelijk) zwanger?</b>					
<b>Bent u roker?</b>					
Aantal sigaretten per dag:					
<b>Poetst u elektrisch?</b>					
<b>Hoe vaak per dag poetst u uw tanden?</b>				0	1
				2	Meer
<b>Reinigt u ook tussen de tanden?</b>					
Gebruikt u dan:					
- Flossdraad,					
- Interdentale borsteltjes (vb. G.U.M, Tepe, Interprox, ...)?					

Gelieve ons op de hoogte te brengen van eventuele extra tandverzekeringen. Zo kunnen wij u van de nodige documenten voorzien.

Hieronder kunt u nog andere zaken vermelden die mogelijk van belang kunnen zijn (bv. Een familiale ziekte):

Datum:

Handtekening:

**Mededeling aangaande AVG**

De Algemene Verordening Gegevensbescherming regelt het opslaan, verwerken en de uitwisseling van gegevens. Praktijk Baal verzamelt, verwerkt en deelt alle gegevens conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming. Bij vragen hieromtrent kan de verwerkingsverantwoordelijke geraadpleegd worden.