Lauwens
TANDARTSPRAKTIJK
Glabbeek

Grotestraat 28, 3380 Glabbeek · 016 77 73 59

MEDISCHE VRAGENLIJST

PATIËNTGEGEVENS

Naam en voornaam: _____ **Telefoon:** _____

E-mail: _____

GEZONDHEIDSVRAGEN

☐ **Ja** ☐ **Nee** Bent u over het algemeen in goede gezondheid?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Bent u momenteel onder behandeling van een arts of specialist?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Werd u ooit opgenomen in het ziekenhuis of onderging u een operatie?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Hartaandoening, hartinfarct, pacemaker of kunsthartklep?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Hoge of lage bloeddruk?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Neiging tot langdurig bloeden, of gebruikt u bloedverdunners? *welke?*

_____

☐ **Ja** ☐ **Nee** Astma, COPD of een andere longaandoening?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Diabetes (suikerziekte)?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Epilepsie? *onder controle?*
☐ **Ja** ☐ **Nee** Schildklierproblemen?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Nier- of leverziekte?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Hepatitis of hiv/aids?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Kanker (huidig of verleden), chemo- of radiotherapie?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Osteoporose, of gebruik(t) van bisfosfonaten/denosumab (bv. Fosamax, Prolia)?
☐ **Ja** ☐ **Nee** (Mogelijks) zwanger?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Allergie (bv. penicilline, latex, verdoving)? *welke?*

_____

☐ **Ja** ☐ **Nee** Rookt u? *hoeveel?*

_____

☐ **Ja** ☐ **Nee** Bent u ooit onwel geworden of flauwgevallen tijdens een tandheelkundige behandeling?
☐ **Ja** ☐ **Nee** Moet u antibiotica innemen vóór een tandheelkundige ingreep (antibioticaprofylaxe)?

Huidige medicatie (incl. bloedverdunners, corticosteroïden, immunosuppressiva):

_____

_____

_____

VERKLARING EN TOESTEMMING

> *Ik verklaar deze vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld en verbind mij ertoe wijzigingen in mijn gezondheid onmiddellijk te melden. Ik geef toestemming aan Tandartspraktijk Lauwens om deze gegevens te verwerken en te bewaren in mijn patiëntendossier, met inbegrip van klinische en radiologische beelden (bv. foto's, röntgenopnames) die voor de diagnose en behandeling worden genomen, conform de wet betreffende de rechten van de patiënt, de wet kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg en de AVG/GDPR.*

Naam: _____ **Datum:** _____ **Handtekening:** _____