

Tandartsenpraktijk Raafstraat

Raafstraat 6
 5702PW Helmond
 0492 537 169
 info@raafstraat.nl

MEDISCH GEHEIM**PATIËNTSTICKER**

Naam:
Geb. datum:
Adres:

- Klachten in de mond kunnen veroorzaakt worden door ziekte of medicijngebruik.
 - Als u ziek bent 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 uw gezondheid of uw medicijngebruik. 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 uw gezondheid veranderd?	Nee	Ja	zo ja, wat?
Bent u ergens allergisch voor?	Nee	Ja	zo ja, waarvoor?
Heeft u een hartinfarct gehad?	Nee	Ja	zo ja, wanneer?
Heeft u last van hartkloppingen?	Nee	Ja	
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	Nee	Ja	-> wat is uw bloeddruk? onderdruk: bovendruk:
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	Nee	Ja	
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	Nee	Ja	
Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	Nee	Ja	
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee	Ja	
Hebt u wel eens een endocarditis doorgemaakt?	Nee	Ja	
Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?	Nee	Ja	
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	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?	Nee	Ja	
Heeft u suikerziekte?	Nee	Ja	-> gebruikt u insuline? ja/nee
Heeft u bloedarmoede?	Nee	Ja	
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	Nee	Ja	
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?	Nee	Ja	
Heeft u een nierziekte?	Nee	Ja	
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee	Ja	
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee	Ja	
Rookt u?	Nee	Ja	-> hoeveel per dag?
Vrouwen: bent u zwanger?	Nee	Ja	
Vrouwen: geeft u borstvoeding?	Nee	Ja	
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja	-> welke?
Heeft u in het verleden een geneesmiddel gebruikt tegen o.a. botontkalking (een bisfosfonaat of denosumab)?	Nee	Ja	-> welke?
Gebruikt u medicijnen? (Naam, dosering, ? maal/dag)			

Hieronder invullen svp

.....

Bij meer dan **drie** medicijnen graag een **medicatieoverzicht** van uw apotheek meezenden.

DIT FORMULIER GRAAG RETOUR AAN ONZE PRAKTIJK