

## VERTROUWELIJKE MEDISCHE VRAGENLIJST

Om een zo goed mogelijk beeld te hebben van uw gezondheid vragen wij u onderstaande vragenlijst zo correct mogelijk in te vullen. Dit geeft ons inzicht in uw algemene gezondheid, medicijngebruik, aandoeningen en allergieën. Zo kunnen we zorg op maat bieden en eventuele medische complicaties vermijden. Deze informatie wordt strikt persoonlijk verwerkt zodat uw privacy gevrijwaard blijft.

Naam: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: .....

Rijksregisternummer: .....

Straat + nummer: .....

.....

Postnummer: .....

Gemeente:.....

Tel: .....GSM: .....

E-mailadres: .....

Huisarts: .....

Vorige tandarts: .....

Wat is de reden van uw consult? .....



TANDARTS LUC HOLVOET

Omcirkel wat past

1. Bent u ergens allergisch voor? **Ja/Nee**  
Zo ja, voor wat? .....
2. Bent u momenteel in behandeling voor een ziekte? **Ja/Nee**
3. Neemt u bloedverdunners? **Ja/Nee**
4. Neemt u medicatie? **Ja/Nee**  
Zo ja, welke? .....
- .....
5. Heeft u een te hoge of een te lage bloeddruk? **Ja/Nee**
6. Heeft u hartproblemen? **Ja/Nee**
7. Heeft u ooit een hartinfarct gehad? **Ja/Nee**
8. Heeft u last van hartkloppingen? **Ja/Nee**
9. Heeft u stents? **Ja/Nee**
10. Heeft u een prothese, kunsthartklep of pacemaker? **Ja/Nee**
11. Heeft u longproblemen, astma? **Ja/Nee**
12. Heeft u diabetes? **Ja/Nee**
13. Heeft u een andere ziekte of aandoening die hierboven niet vermeld werd? **Ja/Nee**  
Zo ja, welke? .....
14. Bent u zwanger? **Ja/Nee**
15. Rookt u? **Ja/Nee**  
Zo ja, hoeveel? .....

Datum:

Handtekening: