

Gezondheidsvragenlijst

Naam: _____

Geboortedatum: _____

- Vragenlijst uitprinten en meenemen naar de eerste afspraak in onze praktijk.
- Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is.
- De vragen hebben betrekking op de patiënt zelf.

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van u/uw kind veranderd ? Ja Nee
Zo ja, wat: _____

Bent u/is uw kind onder behandeling van een arts of medisch specialist ? Ja Nee
Zo ja, waarvoor: _____
Naam arts/specialist: _____

Bent u/is uw kind de afgelopen jaren opgenomen in een ziekenhuis ? Ja Nee
Zo ja, waarvoor: _____

Heeft u/uw kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt ? Ja Nee
Zo ja, welke ziekte: _____

Bent u/is uw kind ergens allergisch voor ? Ja Nee
Zo ja, waarvoor: _____

Heeft u/uw kind een (aangeboren) hartafwijking ? Ja Nee
Bent u/is uw kind ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige behandeling ? Ja Nee
Heeft u/uw kind last van hyperventileren ? Ja Nee
Heeft u/uw kind last van epilepsie, vallende ziekte? Ja Nee

Heeft u/uw kind suikerziekte ? Ja Nee
Zo ja, gebuikt u/uw kind insuline? _____

Heeft u/uw kind bloedarmoede ? Ja Nee
Heeft u/uw kind wel eens langdurige bloedingen gehad na een verwonding ? Ja Nee
Heeft u/uw kind hepatitis, geelzucht, ziekte van Pfeiffer of een andere leverziekte (gehad) ? Ja Nee
Zo ja, welke ziekte: _____

Heeft u/uw kind een nierziekte? Ja Nee
Heeft u/uw kind een aandoening van de schildklier ? Ja Nee
Heeft u/uw kind een spieraandoening ? Ja Nee

LET OP: OP DE VOLGENDE PAGINA GAAT DE VRAGENLIJST VERDER

Heeft u/uw kind momenteel een besmettelijke ziekte ? Ja Nee

Zo ja, welke ziekte: _____

Bent u/is uw kind vaak angstig?

Zo ja, waarvoor: _____

Heeft u/uw kind een eetstoornis?

Zo ja, welke: anorexia boulimia nervosa

Heeft u/uw kind een ziekte of aandoening waar hierboven nog niet naar is gevraagd?

Zo ja, welke ziekte: _____

Heeft u/uw kind ooit een orthodontische behandeling gehad?

Zo ja, wanneer, welke type beugel (s), door wie? _____

Heeft u/uw kind ooit een beschadiging van de tanden gehad?

Zo ja, welke tand en wanneer: _____

Duimt u/uw kind nog?

Rookt u/uw kind?

Gebruik u/uw kind momenteel medicijnen:

Zo ja, welke medicijnen _____

Bent u/is uw kind onder behandeling van een psycholoog of psychiater (geweest) ?

Zo ja, waarvoor: _____

Heeft u/uw kind in het verleden zaken meegemaakt die u/uw kind ernstig hebben beïnvloed ?

(hierbij valt te denken aan verlies van dierbaren/seksuele intimidatie/mishandeling e.d.)

Ruimte voor opmerkingen: _____

Ingevuld door: _____ Datum: _____

Gecontroleerd door: _____ Datum: _____