



Wij verzoeken u deze vragenlijst geheel in te vullen. Zo krijgen wij een betere indruk van uw gebit.

Hoe beoordeelt u de conditie van uw mond: perfect goed redelijk slecht
Heeft u op dit moment ergens last van, bepaalde klachten of specifieke wensen?

Hoe vaak bezoekt u jaarlijks de tandarts en/of mondhygiënist?: 3 mnd 6 mnd 12 mnd niet regelmatig

Persoonlijke ervaring

- 01. Bent u angstig voor tandheelkundige behandelingen? ja nee
02. Heeft u een onprettige ervaring gehad tijdens een tandheelkundige behandeling?
03. Heeft u complicaties gehad van een eerdere tandheelkundige behandeling?
04. Heeft u problemen gehad met lokale verdovingen, heeft deze wel eens niet zo goed gewerkt?
05. Heeft u een beugel / orthodontische behandeling gehad?
06. Zijn er ooit tanden / kiezen getrokken? Zo ja welke?

RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts): LAAG MEDIUM HOOG

Tandvlees en bot

- 07. Bloedt uw tandvlees of doet het tandvlees pijn tijdens het tandenpoetsen of reinigen tussen de tanden en kiezen?
08. Bent u ooit behandeld voor tandvleesproblemen of bent u wel eens behandeld aan botverlies rondom uw tanden / kiezen?
09. Heeft u of anderen wel eens een onprettige smaak of reuk bemerkt uit uw mond?
10. Is er in de familie iemand met een tandvleesprobleem?
11. Heeft u last van terugtrekkend tandvlees?
12. Heeft u last gehad van spontaan loskomende tanden/kiezen?
13. Heeft u een brandend gevoel gehad in de mond?

RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts): LAAG MEDIUM HOOG

Tand structuur

- 14. Heeft u de laatste 3 jaar gaatjes in uw tanden of kiezen gehad?
15. Heeft u voor uw gevoel last van een droge mond of heeft u moeite met slikken?
16. Voelt u kommetjes / putjes op de kauwvlakken van uw kiezen?
17. Zijn er tanden / kiezen gevoelig voor; warm / koud / zoet? (omcirkelen svp)
18. Loopt uw tandvleeslijn onregelmatig?
19. Zijn er ooit stukjes van uw tanden afgebroken of voelen de tanden / kiezen scherp?
20. Heeft u wel eens kiespijn gehad?
21. Blijft er regelmatig voedsel tussen / achter uw tanden steken?

RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts): LAAG MEDIUM HOOG

Beet en kaakgewricht

- 22. Heeft u problemen met uw kaakgewricht? (pijn, geluiden, beperkte mondopening, blokkeren)
23. Heeft u het gevoel dat uw onderkaak naar achter geduwd wordt tijdens het dichtbijten op uw kiezen?
24. Heeft u problemen met eten of vermijdt u hard en droog voedsel? (kauwgom, noten, wortels, harde broodjes)
25. Zijn uw tanden de laatste 5 jaar veranderd van vorm? (korter, smaller, dunner, meer gesleten?)
26. Verschuiven uw tanden / kiezen steeds meer over elkaar heen?
27. Komen er steeds meer / grotere spleetjes tussen uw tanden / kiezen?
28. Heeft u het idee dat u op meerdere manieren dicht kunt doen?
29. Glijden uw kiezen, voordat u de kiezen op elkaar zet, eerst over elkaar heen?
30. Plaatst u uw tong tussen uw tanden of duwt u de tong tegen de tanden?
31. Bijt u op uw nagels of andere voorwerpen of houdt u dingen vast of heeft u andere gewoontes met uw gebit of mond?
32. Klemt u overdag de kiezen wel eens op elkaar of worden deze gevoelig gedurende de dag?
33. Voelen de tanden / kiezen 's ochtends pijnlijk / zwaar / aanwezig?
34. Slaapt u goed?
35. Wordt u wel eens wakker met hoofdpijn?
36. Draagt u een knarsplaat of heeft u ooit een knarsplaatje gedragen? Zo ja, een harde of een zachte splint?

RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts): LAAG MEDIUM HOOG

Lach karakteristieken

- 37. Is er iets aan de vorm / kleur van uw tanden dat u zou willen veranderen?
38. Zijn uw tanden ooit gebleekt?
39. Bent u onzeker over de vorm / kleur van uw tanden?
40. Bent u teleurgesteld over werk van vorige tandartsen of mondhygiënisten?

RISICO SCORE: (In te vullen door tandarts): LAAG MEDIUM HOOG



GEZONDHEIDSVRAGENLIJST RESTAURATIEVE TANDHEELKUNDE

Om voor het eerste consult een beeld te krijgen van uw specifieke (pijn)klachten willen wij u verzoeken onderstaande vragen te beantwoorden. Bij voorbaat hartelijk dank voor uw moeite.

- | | |
|---|--|
| 1. Heeft u pijn in de mond ?
Zo ja, waar ? | JA/NEE |
| 2. Heeft u kauwproblemen? | JA/NEE |
| 3. Heeft u esthetische problemen en/of esthetische wensen? | JA/NEE |
| 4. Heeft u last van bloedend tandvlees?
Zo ja, wanneer? | JA/NEE
bij poetsen/eten/spontaan |
| 5. Heeft u ooit parodontale behandeling gehad?
Zo ja, bij de | JA/NEE
parodontoloog/tandarts/mondhygiëniste |
| 6. Hoeveel keer per dag poetst u uw tanden? | keer per dag met hand/elektrisch |
| 7. Wat gebruikt u om tussen uw tanden te reinigen?
Hoeveel keer per week doet u dit? | floss/stokers/ragers/monddouche
..... keer per dag/week |

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten, kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Is het antwoord op de dik gedrukte vraag nee, gaat u dan verder met de volgende dik gedrukte vraag.

- | | ja | nee | ASA |
|---|----------|----------|-----------|
| 1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? | O | O | II |
| • heeft u uw activiteiten moeten verminderen? | O | O | III |
| • nemen de klachten de laatste tijd toe? | O | O | IV |
| • heeft u ook klachten in rust? | O | O | IV |
| • heeft u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? | O | O | IV |
| 2. Heeft u een hartinfarct gehad? | O | O | II |
| • hebben zich daarna complicaties voorgedaan? | O | O | III |
| • ondervindt u nog steeds klachten? | O | O | III |
| • heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? | O | O | IV |
| 3. Heeft u een hartgeruis, hartklepgebrek of acuut rheuma (gehad)? | O | O | II |
| • heeft u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? | O | O | III |
| • bent u aan een hartklepgebrek geopereerd? | O | O | II |
| 4. Heeft u een kunstheup, kunstnier of kunsthartklep? | O | O | II |
| • Heeft u na de operatie klachten overgehouden? | O | O | III |
| • Heeft u antibiotica nodig voor tandheelkundige ingrepen? | O | O | II |
| 5. Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hartvaatoperatie ondergaan | O | O | II |
| • was dit een 'bypass'-operatie? | O | O | II |
| • heeft u na deze operatie klachten gehouden? | O | O | III |
| • heeft u na deze operatie angina pectoris gehouden? | O | O | IV |
| • Heeft u een pacemaker? | O | O | II |
| 6. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? | O | O | II |
| • moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? | O | O | III |
| • wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? | O | O | IV |
| • bent u onder behandeling van een trombosedienst? | O | O | II |

			ja	nee	ASA
7. Heeft u last van hartzwakte?	O	O	II		
• heeft u 's avonds gezwollen voeten of enkels?			O	O	II
• moet u 's nachts meer dan 2x urineren?			O	O	II
• slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	O	O	III		
• wordt u 's nachts kortademig wakker?			O	O	IV
• moet u na 20 trap treden rusten door kortademigheid?	O	O	III		
8. Heeft u een hoge bloeddruk?	O	O	II		
• is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?			O	O	II
• is uw bovendruk meestal 200 of hoger?			O	O	III
• is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?			O	O	III
• is uw onderdruk meestal 115 of hoger?			O	O	IV
9. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	O	O	O	O	II
• heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?			III		
• heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?			O	O	IV
• bent u onder controle van een trombosedienst?			O	O	II
10. Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling?	O	O	O	O	II
11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?			O	O	II
• wisselt u regelmatig van medicijnen?			O	O	III
• heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?			O	O	IV
12. Heeft u last van hyperventileren?	O	O	O	O	II
13. Heeft u astma?			O	O	II
• heeft u daar nu last van?			O	O	III
• heeft u klachten ondanks de medicatie?			O	O	IV
14. Heeft u slechte longen?			O	O	II
• hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?			O	O	II
• bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?			O	O	III
• bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?			O	O	IV
• heeft u tuberculose?			O	O	II
• heeft u klachten van de tuberculose?			O	O	III
15. Heeft u hooikoorts?	O	O	O	O	II
16. Heeft u ooit een allergische reactie gehad op geneesmiddelen of medische materialen?	O	O	O	O	II
• gebruikt u voor uw allergie medicijnen?			O	O	II
• bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	O	O	II		
• is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?			O	O	II
• is de allergie opgetreden bij uw tandarts?			O	O	II
• waar bent u allergisch voor?.....					
17. Heeft u suikerziekte?	O	O	O	O	II
• gebruikt u insuline?			O	O	II
• bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)?			O	O	III
• wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten t.g.v. suikerziekte?			O	O	IV
18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	O	O	O	O	II
• wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?			O	O	II
• heeft u, ondanks behandeling, klachten gehouden?			O	O	IV
Bent u, zonder minder te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo afgevallen bij een goede eetlust?	O	O	O	O	II
• heeft u het sneller warm dan mensen in uw omgeving?			O	O	II
• Heeft u altijd klamme handen en trillende vingers?			O	O	II
19. Is bij u een verminderde schildklierfunctie vastgesteld?	O	O	O	O	II
• wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?			O	O	II
• heeft u ondanks behandeling klachten gehouden?			O	O	II
Bent u, zonder meer te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo aangekomen?	O	O	O	O	II
• bent u trager en/of kouwelijk geworden?			O	O	II
20. Heeft u langer dan zes maanden een leverziekte?	O	O	O	O	II
• bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?			O	O	III
• heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?			O	O	IV
Heeft u op dit moment serumhepatitis of hepatitis B?	O	O	O	O	II
• is dit uit bloedonderzoek gebleken?			O	O	II
• bent u hiervoor onder behandeling/controle?			O	O	III

	ja	nee	ASA
21. Heeft u een chronische nierziekte?	0	0	II
• heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling?	0	0	II
• heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	0	0	III
22. Heeft u een darmaandoening met diarree?	0	0	II
• heeft u regelmatig 's nachts diarree?	0	0	II
• heeft u langer dan 6 maanden diarree?	0	0	III
• heeft u daarbij koorts?	0	0	IV
23. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	0	0	II
Zo ja welke?			
24. Heeft u bloedarmoede?	0	0	I
• heeft u hiervan klachten (moe, duizelig, kortademig, hoofdpijn)?	0	0	III
• komt er in uw familie bloedarmoede voor?	0	0	III
25. Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?	0	0	III
Zo ja, welke?			
• heeft u zweertjes of ontstekingen in de mond?	0	0	III
• wordt u hiervoor behandeld en heeft u desondanks klachten?	0	0	III
• heeft u koorts in aanvallen?	0	0	IV
• transpireert u 's nachts hevig?	0	0	IV
26. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	0	0	II
• bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen?	0	0	II
• krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	0	0	II
• gebruikt u medicijnen die het bloed verdunnen?	0	0	II
• gebruikt u meer dan 2x per week aspirine of een middel tegen gewrichtspijn?	0	0	II
• heeft u, of uw familie, een bloedstollingsziekte?	0	0	III
27. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	0	0	II
• was dit meer dan vijf jaar geleden?	0	0	II
• was dit minder dan vijf jaar geleden?	0	0	III
• was dit minder dan één jaar geleden?	0	0	IV
28. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja,	0	0	
• voor het hart?	0	0	
• loopt u bij de trombosediens?	0	0	
• tegen hoge bloeddruk?	0	0	
• aspirine of andere pijnstillers (tegen gewrichtsklachten)	0	0	
• voor suikerziekte?	0	0	
• prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	0	0	
• penicilline of antibiotica?	0	0	
• kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen?	0	0	
• andere medicijnen?	0	0	
zo ja, welke?			
29. Rookt u?	0	0	
Zo ja, hoeveel rookt u per dag ?sigaretten/sigaren per dag			
Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag?	0	0	
Lijdt u aan stress?	0	0	
30. Bent u op dit moment of het afgelopen vijf jaar onder behandeling geweest voor botontkalking?	0	0	II
Gebruikt, of heeft u Bisfosfonaten gebruikt?	0	0	III
31. Bent u zwanger?	0	0	II
Zo ja, bent u korter dan drie maanden zwanger?	0	0	III
32. Heeft u last van een vieze smaak?	0	0	
Heeft u last van een slechte adem?	0	0	
Ervaat u zelf een slechte adem?	0	0	
Ervaren anderen uw slechte adem?	0	0	

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medische beroepsgeheim

ja nee

Binnen onze praktijk proberen we een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te bieden. Verder willen we een kenniscentrum voor onze verwijzers zijn.

Wij vragen u daarom formeel toestemming om de gegevens van uw mondonderzoek en het effect van de behandeling te mogen gebruiken voor onderwijs en onderzoek.

Dit gebeurt natuurlijk geheel anoniem.

U zou ons, onze verwijzers en andere patiënten daar enorm mee helpen. Gaat u hiermee akkoord?

o o

Verklaring digitale verzending patiënt gegevens

Ik geef toestemming mijn tandheelkundige gegevens digitaal (via e-mail) te sturen aan mijn tandarts, mijn mondhygiënist en eventueel mijn medisch specialist om hen zo over mij en mijn behandeling te informeren.

o o

De situatie kan zich voordoen dat de behandelend tandarts meer informatie over uw gezondheid nodig heeft voor de diagnose en eventueel behandeling. Geeft u de behandelend tandarts toestemming de eventueel benodigde informatie bij uw huisarts of specialist in te winnen?

o o

LET OP:

Indien in bovenstaande gegevens veranderingen optreden, dient u ons hiervan op de hoogte te stellen.

PERSOONSGEGEVENS

BSN:

Naam en voorletters: _____ **Meisjesnaam:** _____.

Geslacht: man / vrouw Geb.datum: _____ / _____ / _____.

Huisarts: _____ **Tel:** _____.

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____.

Specialist: _____ **Tel:** _____.

Ziekenhuis: _____ plaats: _____.