

TANDHEELKUNDIGE VOORGESCHIEDENIS

Naam _____ Roepnaam _____ Leeftijd _____

Verwezen door _____ Hoe zou u uw gebit beoordelen? Perfect Goed Oke/functioneel Slecht

Vorige tandarts _____ Hoe lang bent u daar patiënt geweest? _____ (Maanden/jaren)

Datum meest recente bezoek _____ (dag/maand/jaar) Datum meest recente röntgenfoto's _____ (dag/maand/jaar)

Datum meest recente behandeling (anders dan gebitsreiniging) _____ (dag/maand/jaar)

Normaal gesproken zie ik mijn tandarts iedere: 3 mnd. 4 mnd. 6 mnd. 12 mnd. Niet regelmatig

WAT IS OP DIT MOMENT HET MEEST BELANGRIJKE IN UW GEBIT? (BIJV. PIJN/STUKJE AF/ESTHETISCHE VERBETERING)? _____

BEANTWOORDT U ALSTUBLIEFT MET JA OF NEE OP DE VOLGENDE VRAGEN:

YES NO

PERSOONLIJKE GESCHIEDENIS



- Bent u bang voor een bezoek aan de tandarts? Hoe bang, op een schaal van 1 (nauwelijks/niet) tot 10 (verschrikkelijk) [] _____
- Heeft u een nare ervaring gehad bij een tandarts in het verleden? _____
- Zijn er ooit complicaties geweest tijdens een tandheelkundige behandeling? _____
- is het moeilijk u te verdoven of heeft u ooit een reactie gehad op lokale verdoving? _____
- Heeft u ooit beugels gehad (orthodontische behandeling) of een beetcorrectie? _____
- Zijn er bij u kiezen getrokken en/of kiezen niet gekomen/ontwikkeld? _____

TANDVLEES



- Bloedt uw tandvlees of is het pijnlijk als u poetst of flosst? _____
- Bent u ooit behandeld voor tandvleesproblemen of heeft iemand u ooit verteld over botverlies/pockets? _____
- Heeft u/uw partner ooit een slechte adem opgemerkt? _____
- Is er iemand met parodontale (tandvlees) problemen in uw familie? _____
- Heeft u terugtrekkend tandvlees (-gehad)? _____
- Heeft u ooit losse tanden gehad (zonder een ongeluk o.i.d.), of heeft u moeite om een appel te eten? _____
- Heeft u een brandend gevoel in uw mond? _____

TAND OPPERVLAK/STRUCTUUR



- Heeft u gaatjes gehad in de afgelopen 3 jaar? _____
- Heeft u het gevoel te weinig speeksel in uw mond te hebben of heeft u moeilijkheden met het doorslikken van eten? _____
- Voelt u of merkt u dat er putjes of kraters op het kauw oppervlak van uw kiezen/tanden zit?? _____
- Zijn er tanden gevoelig met warm, koud, bijten, zoet, of vermijdt u stukken tijdens het poetsen? _____
- Heeft u groefjes of randjes bij uw tandvlees in de buurt? _____
- Heeft u ooit gebroken kiezen, stukjes af, gebroken vulling of pijn gehad in tanden/kiezen? _____
- Komt er vaak eten tussen uw tanden of kiezen? _____

BEET EN KAAKGEWRICHT



- Heeft u problemen met uw kaakgewricht? (pijn, kaakgewrichtsgeluiden/kaakknop, beperkte mondopening, op slot schieten) _____
- Heeft u het gevoel dat uw onderkaak naar achteren gedrukt wordt als u uw kiezen op elkaar wilt zetten? _____
- Vermijdt u of heeft u moeite met het kauwen van kauwgom, wortels, nootjes, brood, stokbrood, notenbars, of ander hard/gedroogd eten? _____
- Zijn uw tanden in de afgelopen 5 jaar veranderd, korter geworden, gerafeld, dunner? _____
- Zijn uw tanden meer over elkaar heen-, scheef of overlappend geworden? _____
- Zijn er ruimtes ontstaan in uw gebit of tanden/kiezen losser gaan staan? _____
- Heeft u meer dan één manier om dicht te bijten, moet u knijpen of schuiven om de kiezen op elkaar te krijgen _____
- Duwt u uw tong tegen de tanden aan of tussen de tanden (gewoon en/of tijdens slikken)? _____
- Bijt u op ijs, nagels of velletjes, gebruikt u uw tanden om flesjes te openen etc.? Of heeft u andere gewoonten (bijv. duimen)? _____
- Klemt u overdag uw kiezen op elkaar of zijn uw tanden gedurende de dag gevoelig? _____
- Heeft u andere problemen met slapen (bijv. rusteloosheid), wordt u wakker met hoofdpijn of bewustzijn van tanden of kaak? _____
- Heeft u of heeft u een nachtbitje gehad? (splint/nightguard)? _____

LACH



- Is er iets aan de verschijning van uw tanden dat u zou willen veranderen? _____
- Heeft u ooit uw tanden gebleekt? _____
- Heeft u zich ooit onzeker of oncomfortabel gevoeld over uw tanden? _____
- Bent u ooit teleurgesteld door werk van een eerdere tandarts/orthodontist? _____

Handtekening patiënt _____ Datum _____

Handtekening tandarts _____ Datum _____



Proclin

Tandheelkundige oplossingen

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

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/mond douche
..... 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, kunstknie 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?	0	0	II
• heeft u 's avonds gezwollen voeten of enkels?	0	0	II
• moet u 's nachts meer dan 2x urineren?	0	0	II
• slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	0	0	III
• wordt u 's nachts kortademig wakker?	0	0	IV
• moet u na 20 traptreden rusten door kortademigheid?	0	0	III
8. Heeft u een hoge bloeddruk?	0	0	II
• is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	0	0	II
• is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	0	0	III
• is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	0	0	III
• is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	0	0	IV
9. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	0	0	II
• heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?	0	0	III
• heeft u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	0	0	IV
• bent u onder controle van een trombosedienst?	0	0	II
10. Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling?	0	0	II
11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	0	0	II
• wisselt u regelmatig van medicijnen?	0	0	III
• heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	0	0	IV
12. Heeft u last van hyperventileren?	0	0	II
13. Heeft u astma?	0	0	II
• heeft u daar nu last van?	0	0	III
• heeft u klachten ondanks de medicatie?	0	0	IV
14. Heeft u slechte longen?	0	0	II
• hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	0	0	II
• bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	0	0	III
• bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?	0	0	IV
• heeft u tuberculose?	0	0	II
• heeft u klachten van de tuberculose?	0	0	III
15. Heeft u hooikoorts?	0	0	II
16. Heeft u ooit een allergische reactie gehad op geneesmiddelen of medische materialen?	0	0	II
• gebruikt u voor uw allergie medicijnen?	0	0	II
• bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica?	0	0	II
• is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	0	0	II
• is de allergie opgetreden bij uw tandarts?	0	0	II
• waar bent u allergisch voor?.....	0	0	II
17. Heeft u suikerziekte?	0	0	II
• gebruikt u insuline?	0	0	II
• bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)?	0	0	III
• wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten t.g.v. suikerziekte?	0	0	IV
18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	0	0	II
• wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	0	0	II
• heeft u, ondanks behandeling, klachten gehouden?	0	0	IV
Bent u, zonder minder te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo afgevallen bij een goede eetlust?	0	0	II
• heeft u het sneller warm dan mensen in uw omgeving?	0	0	II
• Heeft u altijd klamme handen en trillende vingers?	0	0	II
19. Is bij u een verminderde schildklierfunctie vastgesteld?	0	0	II
• wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd?	0	0	II
• heeft u ondanks behandeling klachten gehouden?	0	0	II
Bent u, zonder meer te gaan eten, het laatste half jaar meer dan zes kilo aangekomen?	0	0	II
• bent u trager en/of kouwelijk geworden?	0	0	II
20. Heeft u langer dan zes maanden een leverziekte?	0	0	II
• bent u hiervoor wel eens opgenomen in het ziekenhuis?	0	0	III
• heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	0	0	IV
Heeft u op dit moment serumhepatitis of hepatitis B?	0	0	II
• is dit uit bloedonderzoek gebleken?	0	0	II
• bent u hiervoor onder behandeling/controle?	0	0	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 trombosedienst?	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	
Ervaart 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?

Verklaring digitale verzending patiënt gegevens

Ik geef toestemming mijn tandheekkundige 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.

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?

LET OP:

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

patiëntnr.

PERSOONSGEGEVENS

BSN / Sofinummer:

Naam en voorletters: _____ **Geslachtsnaam:** _____

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

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Tel. Privé: _____

Tel. Werk: _____ Tel. mobiel: _____

Emailadres: _____ @ _____

Beroep: _____

Zorgverzekeraar: _____ Relatienr.: _____

Huisarts: _____ Tel: _____

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Specialist: _____ Tel: _____

Ziekenhuis: _____ plaats: _____

Tandarts: _____ Tel: _____

Straat: _____ Postcode/Plaats: _____

Datum: _____ / _____ / _____

HANDTEKENING: _____