

Gezondheidsvragenlijst Cosmetische Zorg

Volwassenen Medisch Geheim

Naam: Geboortedatum: man/vrouw Patiënt Code:

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw gezondheid beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw cosmetische behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord om dat het meest van toepassing is. (ja of nee)

Wie is uw huisarts?
Wie is uw tandarts?
Is uw gezondheid de afgelopen maanden veranderd?	Nee Ja
Heeft u allergieën?	Nee Ja, welke?
Heeft u een hartinfarct gehad?	Nee Ja, wanneer?
Heeft u weleens last van hartkloppingen?	Nee Ja, hoe vaak?
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	Nee Ja
Wat is uw bloeddruk? (Alleen invullen indien dit van toepassing is)	Onderdruk: ... Bovendruk: ...
Heeft u pijn op de borst bij inspanning?	Nee Ja
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	Nee Ja
Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	Nee Ja
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	Nee Ja
Heeft u weleens 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, of een andere vallende ziekte?	Nee Ja
Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (tia) gehad?	Nee Ja
Heeft u last van longklachten? O.a. Astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee Ja
Heeft u diabetes, suikerziekte?	Nee Ja
Gebruikt u hiervoor insuline? (invullen als dit van toepassing is)	Nee Ja
Heeft u bloedarmoede?	Nee Ja
Heeft u wel eens een langdurige bloeding gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?	Nee Ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte? (of 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/hals?	Nee Ja -> wanneer.....
Rookt u?	Nee Ja -> hoeveel per dag?
Vrouwen: Bent u zwanger en/of geeft u borstvoeding?	Nee Ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee Ja -> welke?
Gebruikt u medicijnen?	Nee Ja -> welke?.....

ASA: 1/2/3 Paraaf behandelaar:

Handtekening patiënt:

Datum: