**Vragenlijst 2019**

 **Polikliniek Mondziekten, Kaak- en**

 **Aangezichtschirurgie**

N**aam :**

Geb.datum **:**

**Adres :**

**Postcode :**

**BSN :**

*A.u.b. aankruisen wat van toepassing is en ontbrekende gegevens aanvullen (zoals NAW gegevens)*

Bent u momenteel bij een ander specialisme onder behandeling of controle?

 □ ja □ nee

 *Zo ja, bij welk specialisme?* ............................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heeft u een hart(klep) afwijking  |   |   | □ ja  |   | □ nee  |
| Heeft u een knie of heupprothese?  |   |   | □ ja  |   | □ nee  |
| Heeft u acuut reuma gehad?  |   |   | □ ja  |   | □ nee  |
| Heeft u verhoogde bloedingsneigingen?   |   |   | □ ja  |   | □ nee  |
| Gebruikt u bloedverdunnende middelen?  |   |   | □ ja  |   | □ nee |

 *Zo ja, welke? Omcirkel deze of vul aan*

Carbasalaatcalcium (Ascal) Acenocoumerol Marcoumar Plavix Acetylsalicylzuur (aspirine) of Grepid

Staat u onder controle bij de trombosedienst? □ ja □ nee

Gebruikt u medicijnen tegen botafbraak of botontkalking (of heeft u deze in de laatste 5 jaar gebruikt), ook indien niet

dagelijks? □ ja □ nee

 *Zo ja, welke medicijnen?* ............................................................................................

Gebruikt u **andere** medicijnen? □ ja □ nee

*Zo ja, waarvoor?* ............................................................................................ *Zo ja, welke?* ............................................................................................

Heeft u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of op

iets anders? □ ja □ nee

 *Zo ja, op* ............................................................................................

Rookt u? □ ja □ nee □ gestopt

*Zo ja, hoeveel per dag?* ............................................................................................

Gebruikt u alcohol □ ja □ nee

Gebruikt u drugs □ ja □ nee

Voor vrouwen:

Bent u in verwachting? *Zo ja, hoe lang?* □ ja □ nee

*Geeft u borstvoeding*  .□ ja...................... □ nee

Op welk telefoonnummer bent u **overdag** bereikbaar? ............................................................................................

Uw mobiel telefoonnummer? 06-………………………………………………………………

Uw e-mailadres? ………………………………………………………………….

***Wie is uw tandarts?*** ………………………… …………………… □. geen tandarts

***Wie is uw Orthodontist ………………………………………………………………….***

***Wie is uw huisarts?*** …………………………………………………………………..

Geeft u toestemming indien nodig, voor het versturen van □ ja □ nee Correspondentie en foto’s naar uw

verwijzer/huisarts/tandarts?

***Datum:***  ………………………………………………..

***Handtekening:***  ………………………………………………..

 ***Ma 1615 11/15***