

Naam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Huisarts:



Algemene Gezondheidslijst

Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?.....Ja/Nee

-Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja/Nee

-Heeft u ook klachten in rust? Ja/Nee

-Nemen de klachten de laatste tijd toe? Ja/Nee

Heeft u ooit een hartinfarct gehad?.....Ja/Nee

-Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? Ja/Nee

-Heeft u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? Ja/Nee

Heeft u een hartgeruis, hartklepgebrek of kunsthartklep?.....Ja/Nee

Heeft u een bypass-operatie ondergaan?.....Ja/Nee

Heeft u een pacemaker of stents?.....Ja/Nee

Heeft u minder dan 6 maanden geleden een hart-of vaatoperatie ondergaan?.....Ja/Nee

Heeft u zonder inspanning hartkloppingen?.....Ja/Nee

-Moet u dan tijdens de hartkloppingen rusten, zitten of liggen? Ja/Nee

-Wordt u dan bleek, duizelig of kortademig? Ja/Nee

Heeft u problemen met platliggen?.....Ja/Nee

-Wordt u kortademig bij het platliggen? Ja/Nee

-Slaapt u met meer dan 2 kussens omw kortademigheid? Ja/Nee

Heeft u een hoge bloeddruk of neemt u hiervoor medicatie?.....Ja/Nee

Is er bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld?.....Ja/Nee

-Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen? Ja/Nee

-Krijgt u zonder oorzaak blauwe plekken? Ja/Nee

Heeft u epilepsie?.....Ja/Nee

-Neemt u hiervoor medicatie (stabiel in de tijd)? Ja/Nee

-Heeft u ondanks de medicatie nog steeds aanvallen? Ja/Nee

Heeft u astma?.....Ja/Nee

-Gebruikt u verstuivers? Ja/Nee

-Bent u kortademig hierdoor? Ja/Nee

Heeft u problemen thv de longen?.....Ja/Nee

-Bent u kortademig bij traplopen na +/- 20 treden? Ja/Nee

-Bent u kortademig bij het aankleden? Ja/Nee

Heeft u suikerziekte?.....Ja/Nee

-Zo ja, welk type?

-Gebruikt u insuline? Ja/Nee

-Bent u regelmatig ontregeld? Ja/Nee

Heeft u een schildklierziekte?.....Ja/Nee

-Is dit een vertraagde functie? Ja/Nee

-Is dit een versterkte functie? Ja/Nee

Heeft of had u een leverziekte?.....Ja/Nee

-Zo ja, welke?

-Heeft u hiervoor een dieet of medicijnen? Ja/Nee

Heeft u een nierziekte?.....Ja/Nee

-Zo ja, welke?

-Heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling (dialyse)? Ja/Nee

-Heeft u een niertransplantatie ondergaan? Ja/Nee

Lijdt u aan obesitas?.....Ja/Nee

Heeft u nu of ooit een kwaadaardige ziekte (tumor) of leukemie gehad?.....Ja/Nee

-Zo ja, welke?

-Bent u in behandeling? Ja/Nee

Welke?

-Bent u bestraald in regio hoofd of hals? Ja/Nee

Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?.....Ja/Nee

-Hepatitis A, B C of D, HIV, TBC of andere?

Heeft u last van hyperventileren?.....Ja/Nee

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige/medische behandeling?.....Ja/Nee

Heeft u ooit een allergische reactie gehad bij een tandheelkundige/medische behandeling?.....Ja/Nee

Heeft u een verminderde weerstand tegenover infecties?.....Ja/Nee

-Tgv auto-immuunziekte, aangeboren of verworven immuunstoornis? Welke?

-Tgv orgaantransplantatie?

-Tgv oncologische behandeling?

Moet er rekening gehouden worden met een autisme spectrum stoornis of met specifieke

Begeleidingsmaatregelen?.....Ja/Nee

Heeft u bloedarmoede met klachten (moe/duizeligheid)?.....Ja/Nee

Werd bij u gedurende de laatste 6 maanden een prothese (knie/heup...) geplaatst?.....Ja/Nee

Moet u antibiotica nemen in kader van een tandheelkundige ingreep?.....Ja/Nee

Zijn er allergieën gekend aan medicatie/-bestanddelen of materialen?.....Ja/Nee

Zo ja, welke?

Neemt u op dit moment medicijnen?.....Ja/Nee

Zo ja, welke en dosis?

-voor het hart?

-bloedverdunners?

-tegen hoge bloeddruk?

-aspirine of andere pijnstillers/ontstekingsremmers?

-voor allergie?

-corticosteroiden of andere afweerremmende medicatie?

-voor suikerziekte?

-voor huid- darmziekte of reuma?

-tegen kanker of bloedziekten?

-bisfosfonaten? (oraal of intraveneus?)

-antibiotica?

-kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?

-andere?

Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?.....Ja/Nee

Drinkt u alcohol?.....Ja/Nee

Zo ja, hoeveel glazen/week?

Bent u roker?.....Ja/Nee

Zo ja, hoeveel sig/dag?

Gebruikt u drugs?.....Ja/Nee

Zijn er nog andere zaken die mogelijk van belang zijn die u graag wenst toe te lichten?

Datum:

Handtekening:



Tandartsenpraktijk ESTHEDENT
Duffelsesteenweg 55A (nieuw adres!)
2860 Sint-Katelijne-Waver
015/31 72 56
info@esthedent.be
www.esthedent.be

Betreft: TOESTEMMING UITWISSELEN GEZONDHEIDSGEGEVENS

Geachte,

Om de beste zorgen te kunnen bieden, is het noodzakelijk dat alle zorgverleners die u behandelen over de correcte gezondheidsgegevens beschikken.

Het is mogelijk dat de informatie over uw gezondheidstoestand verspreid is over verschillende dossiers, bij verschillende zorgverleners of verschillende zorginstellingen.

In dit geval is een veilige en vlotte uitwisseling van gegevens tussen deze zorgverleners en -instellingen noodzakelijk.

De uitwisseling van uw medische gegevens kan enkel gebeuren wanneer u als patiënt hiervoor uw toestemming geeft. In onze praktijk betreft dit voornamelijk het versturen van verwijfsbrieven en verslagen in het kader van tandheelkundige behandelingen of adviezen aan collega's tandartsen en specialisten via het eHealth Platform. Wij respecteren bij de uitwisseling van uw medische gegevens de regels van de medische deontologie, de patiëntenrechten en de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Uw gezondheidsgegevens zijn enkel beschikbaar voor de zorgverleners waarmee u een zorgrelatie heeft. U kan bovendien op elk ogenblik deze toestemming intrekken of beslissen om bepaalde informatie niet te delen.

Akkoord toestemming uitwisseling medische gegevens: ja / nee

Naam + Voornaam:

Datum:

Handtekening: