



24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? Ja / Nee
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte? Ja / Nee
26. Heeft u een nierziekte? Ja / Nee
27. Heeft u chronische maagdarmklachten? Ja / Nee
28. Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja / Nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja / Nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja / Nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
31. Heeft u last van neerslachtigheid/depressiviteit? Ja / Nee
32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? Ja / Nee
33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja / Nee
34. Rookt u? Ja / Nee Zo ja, hoeveel per dag? \_\_\_\_\_
35. Gebruikt u alcohol? Ja / Nee Zo ja, hoeveel per week? \_\_\_\_\_
36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja / Nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_
37. Voor vrouwen: bent u zwanger? Ja / Nee Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? \_\_\_\_\_
38. heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee Zo ja, wat? \_\_\_\_\_
39. Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja / Nee
- Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Email adres: \_\_\_\_\_

(mobiel) telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Ruimte voor opmerkingen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam Huisarts: \_\_\_\_\_ Tel.nr Huisarts: \_\_\_\_\_

Adres Huisarts: \_\_\_\_\_ Postcode + Plaats: \_\_\_\_\_

Uw handtekening: \_\_\_\_\_

<b><i>In te vullen door tandarts:</i></b>				
Classificatie patiënt:	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4
Paraaf van tandarts:				

***Einde van deze vragenlijst.***