

IMPLANTPARO SPL

Centrum voor orale implantologie en parodontologie – Prof. Dr. Thomas De Bruyckere, Gertjan Cleeren

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam en voornaam patiënt:

Tel:

Email:

Geboortedatum:

Zijn een of meerdere van volgende aandoeningen voor u van toepassing?

- ☐ Hartinfarct, TIA, beroerte, trombose, hartklepgebrek, kunstklep, pacemaker, aderverkalking, hoge bloeddruk, stent
- ☐ Leverfalen, levercirrose, hepatitis
- ☐ Maagulcus, maagbloeding
- ☐ Nierinsufficiëntie
- ☐ Longoedeem
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporose
- ☐ Epilepsie
- ☐ Tumor:
- ☐ Bestraling in hoofd-hals regio
- ☐ HIV
- ☐ Andere aandoening:

Neemt u een van volgende bloedverdunners?

- ☐ Asaflow, Cardioaspirine, Efigent, Plavix, Ticlid, Brilique, Persantine, Aggrenox
- ☐ Sintrom, Marevan, Marcoumar
- ☐ Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana

Neemt u een van volgende geneesmiddelen?

- ☐ Corticosteroïden (Medrol)
- ☐ Fosamax, Bonafos, Bonviva, Actonel, Aclasta, Zometa, Fosavance, Prolia, Xgeva
- Krijgt u deze medicatie via injecties? Ja: ☐
- ☐ Bloeddrukverlager
- ☐ Medicatie tegen epilepsie
- ☐ Anti-depressiva
- ☐ Slaap- of kalmeermiddelen
- ☐ Andere medicijnen:

Zijn volgende voor u van toepassing?

- | | | |
|---|------------------------------|---------|
| Rookt u? | ☐ Ja: | sig/dag |
| Valt u makkelijk flauw? | ☐ Ja | |
| Hebt u problemen met platliggen? | ☐ Ja | |
| Bent u allergisch aan penicilline? | ☐ Ja | |
| Bent u allergisch aan andere medicatie? | ☐ Ja: | |
| Bent u zwanger? | ☐ Ja: | |
| Zijn er andere relevante zaken? | ☐ Ja: | |

Informatiebeveiliging

Hierbij geef ik de toestemming om deze informatie, alsook behandelingsplannen en tandheelkundige verslagen met de verwijzende (tand)arts te communiceren via email. ☐ Akkoord ☐ Niet Akkoord

Datum:

Handtekening:

**GELIEVE DIT FORMULIER INGEVULD TE MAILEN NAAR
INFO@IMPLANTPAROSPL.BE OF MEE TE BRENGEN BIJ UW EERSTE BEZOEK**