

Heeft u na het trekken van tanden of kiezen, of bij een operatie, ooit last gehad van een langdurige bloeding?	Nee	Ja
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Nee	Ja
Heeft u een nierziekte?	Nee	Ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	Nee	Ja
Heeft u een kunstgewricht?	Nee	Ja
Bent or wordt u, bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?	Nee	Ja
Rookt u?	Nee	Ja >
<b>Zo ja, hoeveel per dag?</b> .....		
Nuttigt u alcohol?	Nee	Ja>
<b>Zo ja, hoe veel?</b> .....per dag / per week		
Indien van toepassing, bent u zwanger en/of geeft u borstvoeding?	Nee	Ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar zover nog niet naar is gevraagd?	Nee	Ja>
<b>Zo ja, welke?</b> .....		
Gebruikt u medicijnen?	Nee	Ja>
<b>Zo ja, welke?</b> .....		
.....		

---

**Mondhygiëne:**

Hoe poetst u het vaakst?	Handmatig / Elektrisch
Hoe vaak poetst u?	Minder dan 1x per dag / 1 x per dag / 2 x per dag

**Eetgewoonte:**

Wat drinkt u het meeste op een dag?.....

Hoeveel snoep/suiker momenten heeft u gemiddeld per week? .....

Bent u op het moment bezig met een specifiek dieet? Nee Ja>

**Zo ja, welke of wat?**.....

**Thuisituatie:**

Waar besteedt u uw vrije tijd aan? Hobby's / Sport / Studie / Geen >

**Indien iets aangegeven, welke of wat?**.....

**Werksituatie:**

Heeft u op dit moment werk? Nee Ja>

**Zo ja, wat is uw beroep?**.....

Datum (dd/mm/jjjj) :...../...../.....

Naam:.....

Handtekening: