

Dental Questionnaire

Tandarts Vraelys



Intercare

Medical & Dental Centre

Prof. Dr. Mr. Mrs. Miss.
Proff. Dr. Mnr. Mev. Mej.

Patient name:
Pasiënt naam:

ID No:
ID Nr:

General Practitioner:
Algemene Praktisyn:

File no.:
Lêer nr.:

Tel no.:
Tel nr.:

Patient signature / Pasiënt handtekening

Do you have, or have you had any of the following diseases? • Het u tans of het u al een van die volgende siektes gehad?

GENERAL CONDITIONS ALGEMENE TOESTANDE	YES JA	NO NEE	GENERAL CONDITIONS ALGEMENE TOESTANDE	YES JA	NO NEE
Loss of weight / Gewigsverlies	_____	_____	Glaucoma / Glaukoom	_____	_____
Porphyria / Porfirie	_____	_____	Epilepsy / Epilepsie	_____	_____
Psychiatric care / Psigiatriese sorg	_____	_____	Arthritis / Artritis	_____	_____
Kidney diseases / Niersiektes	_____	_____	Swelling of glands / Klierie swelling	_____	_____
Sinusitis / Sinusitis	_____	_____	Cancer / Kanker	_____	_____
Diarrhoea / Diarree	_____	_____	Knee/Hip/Shoulder Replacements	_____	_____
Diabetes / Diabetes	_____	_____	Knie/Heup/Skouervervangings	_____	_____
Chronic Diarrhoea / Kroniese Diarree	_____	_____			

CARDIAC DISEASES HARTSIEKTES	YES JA	NO NEE	CARDIAC DISEASES HARTSIEKTES	YES JA	NO NEE
Congenital lesions / Aangebore letsels	_____	_____	Rheumatic Fever / Rumatiekkoors	_____	_____
Heart murmur / Hartgeruis	_____	_____	Valve replacement / Klepvervanging	_____	_____
Pace-maker / Pasaangeër	_____	_____	Coronary bypass / Bloedvat omleiding	_____	_____
Previous heart attacks / Vorige hartaanvalle	_____	_____			

VASCULAR DISEASES VASKULÊRE SIEKTES	YES JA	NO NEE	VASCULAR DISEASE VASKULÊRE SIEKTES	YES JA	NO NEE
High blood pressure / Hoë bloeddruk	_____	_____	Low blood pressure / Lae bloeddruk	_____	_____
Bloodclotting diseases / Bloedstollingsiekte	_____	_____	Bleeding Tendencies / Bloedingsneigings	_____	_____
Thrombosis / Trombose	_____	_____			

LUNG DISEASES LONGSIEKTES	YES JA	NO NEE	LIVER DISEASES LEWERSIEKTES	YES JA	NO NEE
Asthma / Asma	_____	_____	Jaundice / Geelsug (Hepatitis)	_____	_____
Nightsweat / Nagsweet	_____	_____	Tuberculosis / Tuberkulose	_____	_____
Emphysema / Emfiseem	_____	_____	Are you a high risk patient (e.g. nurse)?	_____	_____
Are you pregnant? / Is u swanger?	_____	_____	Is u 'n hoë risiko pasiënt (bv. verpleegster)?	_____	_____
ANY OTHER ILLNESS? ENIGE ANDER KWAAL? _____					

DO YOU SMOKE / ROOK U?	<input type="checkbox"/> YES JA	<input type="checkbox"/> NO NEE	MEDICATION • GENEESMIDDELS: Are you on any medication / supplements? Neem u tans enige middels / medikasie?	<input type="checkbox"/> YES JA	<input type="checkbox"/> NO NEE
Do you have a problem with bad breath? Het u 'n probleem met slegte asem?	<input type="checkbox"/> YES JA	<input type="checkbox"/> NO NEE	If YES , please list Indien JA , lys asb: _____		

ALLERGIES ALLERGIEË	YES JA	NO NEE	Any reactions during a dental procedure? Enige ongewone reaksies tydens tandheelkundige verdoewing?	<input type="checkbox"/> YES JA	<input type="checkbox"/> NO NEE
Are you allergic? / Is u allergies?	_____	_____			
Are you allergic to local anaesthetic?	_____	_____			
Is u allergies vir lokale verdoewing?	_____	_____	Specify / Spesifiseer _____		

