

Bijlage 1 Vragenlijst voor de patiënt

VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNT

Kunt u beknopt aangeven wat uw gebitsproblemen inhouden? _____

Hoeveel jaar bent u zich hiervan bewust? _____

Drinkt u alcoholische dranken? _____ Nee Ja
Zo ja, hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag? _____
Welke drank(en)? _____

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? _____ Nee Ja
Zo ja, vanaf welke leeftijd? _____
Tot wanneer? _____
Welke drugs? _____
Hoe vaak gemiddeld per week? _____

Heeft u ooit eetstoornissen (b.v. anorexia, boulimia) gehad? _____ Nee Ja
Zo ja, vanaf welke leeftijd? _____
Gedurende hoeveel jaar? _____

Wat is uw beroep _____ Sinds _____

Eerder(e) beroep(en) waar u meerdere jaren heeft gewerkt? _____

Wat zijn uw hobby's? _____

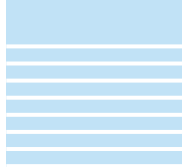
Kunt u zichzelf een cijfer geven tussen 1 tot 10 voor:

	<i>zeer ontevreden</i>									<i>zeer tevreden</i>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Hoe goed kunt u eten/kauwen?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Hoe ziet mijn gebit eruit?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ALGEMENE TANDHEELKUNDIGE INFORMATIE

Heeft u pijn aan uw tanden/kiezen bij **eten**? _____ Nee Ja
Zo ja, waarbij? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Koude voedingsmiddelen (bv ijs)
 Warme voedingsmiddelen (bv aardappel)
 Bijten op iets hards (bv muesli, nootje)
 Zoet (bv snoep)
 Zuur (bv augurken)

Heeft u pijn aan uw tanden/kiezen bij **drinken**? _____ Nee Ja
Zo ja, waarbij? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Koude dranken (bv gekoelde dranken)
 Iets warm (bv koffie, thee)
 Zoet (bv chocomel)
 Zuur (bv frisdrank, sinaasappelsap)



Indien de tanden/kiezen pijn doen bij eten en/of drinken, kunt u dan aangeven waar het pijn doet?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Alle tanden en kiezen
- Specifiek, waar?
- Onder
 - Boven
 - Rechts (vanuit uzelf gezien)
 - Links (vanuit uzelf gezien)
 - Voorin de mond
 - Achterin de mond

In hoeverre heeft u last van deze pijn of gevoeligheid u in het dagelijks leven?

zeer ernstig *geheel niet*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SPECIEFIEKE TANDHEELKUNDIGE INFORMATIE

- Heeft u wel eens **pijn** in uw kaakgewricht? Nee Ja
- Heeft u soms een **knappend** of **krakend** gevoel van het kaakgewricht bij openen en/of sluiten? Nee Ja
- Heeft u 's morgens bij het opstaan een **moe en/of pijnlijk** gevoel in uw kaakspieren? Nee Ja
- Heeft u regelmatig last van **hoofdpijn**? Nee Ja
- Klemt** u overdag? Nee Ja
- Klemt** u 's nachts? Nee Ja
- Knarst** u overdag? Nee Ja
- Knarst** u 's nachts? Nee Ja
- Bent u wel eens voor kaakgewrichtsklachten behandeld? Nee Ja
- Zo ja, wanneer en door wie _____
- Draagt u een gebitsbeschermende spalk ('s nachts of overdag)? Nee Ja

Heeft u andere gewoonten? Zoals bijten op of in de mond houden van:

- Nagels / nagelriemen Nee Ja
- Pennen Nee Ja
- Naalden / spelden Nee Ja
- Zonnebloempitten Nee Ja
- Anders _____

SPECIEFIEKE MEDISCHE INFORMATIE

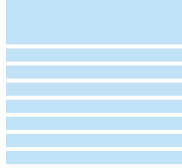
Heeft u last van de volgende klachten:

- 'Brandend maagzuur' Nee Ja, Hoe vaak _____
- Opgeven van maagzuur (oprispingen) Nee Ja, Hoe vaak _____
- Overgeven Nee Ja, Hoe vaak _____
- Frequent boeren Nee Ja, Hoe vaak _____
- Pijn bij slikken Nee Ja, Hoe vaak _____
- Keelpijn Nee Ja, Hoe vaak _____
- Hoesten door irritatie in de keel Nee Ja, Hoe vaak _____
- Heesheid Nee Ja, Hoe vaak _____
- Zure / vieze smaak, vooral ochtend Nee Ja, Hoe vaak _____

Gebruikt u wel eens maagzuurremmende middelen? Nee Ja

Zo ja, welke? _____

Hoe vaak _____



Advies Erosieve gebitsslijtage

VOEDINGSINFORMATIE

A) DRINKEN

Heeft u in de afgelopen maand een van volgende dranken genuttigd?

Frisdrank _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Vruchtensappen _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Sportdranken _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Vruchtenthee _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Ijsthee _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Bronwater (bv Spa rood) _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Mixdranken (bv Breezers) _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Thee _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Yoghurtdrank _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Melk _____ Nee Ja, wat _____ Glazen per dag: _____

Slikt u deze dranken direct door? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Drinkt u met een rietje? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Drinkt u vaak uit een flesje? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Drinkt u vaak uit een blikje? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Laat u het 'bruisen' in de mond? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Drinkt u het glas in één keer leeg? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Gebruikt u suiker in de thee/koffie? Nee Ja: Altijd Incidenteel

Gebruikt u melk in de thee/koffie? Nee Ja: Altijd Incidenteel

B) ETEN

Heeft u in de afgelopen maand een van volgende zaken genuttigd?

Fruit (bv sinaasappels, citrusvruchten) Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Rauwkost Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Salades (bv sandwichspread) Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Zuur snoep (bv Fruitella) Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Kauwgom Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Rode sauzen (bv ketchup, curry) Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Witte/gele sauzen (bv mayo, slafris) Nee Ja, wat _____ Keer per dag: _____

Eet u regelmatig andere zure producten? _____

Hebt u bijzondere eetgewoonten, bv traag eten, vaak kleine beetjes eten ('grazen'), voorkeur voor hard eten

Nee Ja, wat _____

Heeft u gedurende de afgelopen jaren uw voedingsgedrag gewijzigd?

Nee Ja, Wat was de reden om uw voedingsgedrag te wijzigen?

Tandheekundig

Gezondheidsredenen

Gewicht

Anders: _____

EVENTUEEL ZULT U GEVRAAGD WORDEN GEDURENDE ENKELE DAGEN EEN VOEDINGSDAGBOEK BIJ TE HOUDEN.

MONDHYGIËNE-INFORMATIE

Hoe vaak poetst u? < 1 keer/dag 1-2 keer/dag meer dan 2 keer/dag

Welke tandpasta gebruikt u? Geen Merk / Type _____