

DE MEDISCHE ANAMNESE - Persoonsgegevens - kinderen (t/m 15 jaar)

Aan de hand van deze vragenlijst wordt er geïnformeerd naar ziekten, afwijkingen en het gebruik van medicijnen die de mondgezondheid van uw kind kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandeling of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Aan de hand van de vragenlijst kan een tandarts of mondhygiënist het medische risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling. Hierdoor kunnen calamiteiten worden voorkomen. Het is daarom van belang dat u de vragenlijst zorgvuldig invult en bij veranderingen in de toekomst deze altijd aan ons doorgeeft.

Op de achterzijde treft u de medische anamneselijst aan. Indien nodig en met uw toestemming zullen wij overleg plegen met huisarts of specialist. De gegevens van uw kind worden conform de wetgeving rondom privacy en persoonsregistratie behandeld en vallen onder het medische beroepsgeheim.

BSN nummer: _____

Achternaam: _____

Roepnaam + voorletter(s): _____

Geboortedatum: _____

Straat/Huisnummer: _____

Postcode/Plaats: _____

Mobiele tel. Nummer: _____

Alternatief tel. Nummer: _____

E-mail: _____

Naam verzekering: _____

Relatie/klant/polis nr.: _____

Gegevens van uw tandarts

Praktijk/tandarts naam: _____

Praktijk adres: _____

Praktijk email: _____

Medische anamnese - kinderen (t/m 15 jaar)

- | | JA/ NEE |
|--|---|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, wat? _____ | |
| 2. Is uw kind onder behandeling van een (huis)arts of medisch specialist? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, waarvoor? _____ | |
| 3. Is uw kind allergisch? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, waarvoor? _____ | |
| 4. Heeft uw kind een aangeboren hartafwijking? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Toelichting _____ | |
| 5. Heeft uw kind epilepsie? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 6. Heeft uw kind astma, chronische bronchitis of een andere chronische longziekte? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 7. Heeft uw kind suikerziekte? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, gebruikt het insuline? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 8. Heeft uw kind bloedarmoede? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 9. Heeft uw kind hepatitis of andere leverziekte? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 10. Heeft uw kind een nierziekte? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 11. Heeft uw kind problemen met de voeding of maag-darmklachten? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 12. Is uw kind angstig of hyperactief of heeft het andere gedragsproblemen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 13. Volgt uw kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch dagverblijf? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| 14. Heeft uw kind een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke? _____ | |
| 15. Gebruikt uw kind momenteel medicijnen? | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, welke? _____ | |

Datum: _____

Handtekening: _____