

## DE MEDISCHE ANAMNESE - Persoonsgegevens

Aan de hand van deze vragenlijst wordt er geïnformeerd naar ziekten, afwijkingen en het gebruik van medicijnen die uw mondgezondheid 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 maar 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. Uw gegevens worden conform de wetgeving rondom privacy & 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-mailadres: \_\_\_\_\_

Naam verzekering: \_\_\_\_\_

Relatie/klant/polis nr.: \_\_\_\_\_

### **Gegevens van uw tandarts**

Praktijk/tandarts naam: \_\_\_\_\_

Praktijk adres: \_\_\_\_\_

Praktijk email: \_\_\_\_\_

## Medische anamnese

	<b>JA/ NEE</b>
1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, wat? _____	
2. Bent u onder behandeling van een arts of medische specialist?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, waarvoor? _____	
3. Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, waarvoor? _____	
4. Heeft u een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, wanneer? _____	
5. Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
6. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk?	Onderdruk: _____
	Bovendruk: _____
7. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
8. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
9. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
10. Heeft u een (aangeboren) hartafwijking?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
11. Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
13. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
14. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (TIA) gehad?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
15. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
16. Heeft u suikerziekte?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
17. Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
18. Heeft u wel eens een langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
20. Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
22. Heeft u kunstgewricht?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
23. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
24. Rookt u?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, hoeveel? _____	
25. Vrouwen: Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
26. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke? _____	
27. Gebruikt u momenteel medicijnen?	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Zo ja, welke? _____	

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_