

DE MEDISCHE ANAMNESE

Aan de hand van een vragenlijst wordt er geïnformeerd naar ziekten, afwijkingen, allergieën 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 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 daarin deze ook bij uw mondhygiëniste meldt.

Hieronder treft u de medische anamneselijst aan. Indien nodig zal de mondhygiënist overleg plegen met uw tandarts, huisarts of specialist. Uw gegevens worden conform de wetgeving rondom privacy en persoonsregistratie behandeld en vallen onder het medische beroepsgeheim.

Zou u het formulier hieronder in willen vullen en het formulier bij uw bezoek aan onze praktijk mee willen nemen.

PERSOONSgegevens

Naam+ voorletters: _____
Adres: _____
Postcode/Woonplaats: _____
Geboortedatum : _____
Telefoonnummer(s): _____
E-mail: _____
Verzekering + relatienummer _____
BSN-nummer: _____
Tandarts/Telefoon: _____
Huisarts/Telefoon: _____
Specialist/Telefoon: _____

MEDISCHE GEGEVENS

1. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige of mondhygiënische behandeling? JA/NEE
2. Heeft u ooit medische problemen of bijwerkingen gehad van het gebruik van medicijnen? JA/NEE
3. Bent u bang voor een tandheelkundige of mondhygiënische behandeling? JA/NEE
4. Heeft u last van hyperventileren? JA/NEE
5. Bent u ooit flauwgevallen bij een behandeling? JA/NEE
6. Heeft u ooit pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (Angina pectoris)? JA/NEE
7. Heeft u een hartinfarct gehad? JA/NEE
8. Heeft u een hartruis, hartklepgebrek of acuut reuma gehad? JA/NEE
9. Heeft u een hartvaatoperatie ondergaan of heeft u een pacemaker? JA/NEE
10. Heeft u zonder inspanningen aanvallen van hartkloppingen? JA/NEE
11. Heeft u last van een hartzwakte? JA/NEE
12. Heeft u een hoge of een lage bloeddruk? JA/NEE
13. Heeft u bloedarmoede? JA/NEE
14. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld of bent u onder controle van een trombosedienst? JA/NEE
15. Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? JA/NEE
16. Heeft u epilepsie? JA/NEE

- 17. Heeft u astma of hooikoorts? JA/NEE
 - 18. Heeft u longklachten? JA/NEE
 - 19. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van medicijnen of van medische materialen? JA/NEE
 - 20. Heeft u ooit een allergische reactie gehad na een plaatselijke verdoving? JA/NEE
 - 21. Heeft u diabetes (suikerziekte)? JA/NEE
 - 22. Is bij u een versterkte of verminderde schildklierfunctie vastgesteld? JA/NEE
 - 23. Heeft u de ziekte van Pfeiffer? JA/NEE
 - 24. Heeft u langer dan 6 maanden een leverziekte, heeft u hepatitis A, B,C? JA/NEE
 - 25. Heeft u een chronische nierziekte, darmaandoening met diarree, maagklachten? JA/NEE
 - 26. Heeft u een besmettelijke ziekte (bv. geslachtsziekte, seropositief, aids) JA/NEE
 - 27. Heeft u kanker, een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? JA/NEE
 - 28. Bent u bestraald voor een tumor of een gezwel in hoofd of hals? JA/NEE
 - 29. Heeft u ondergaan of ondergaat u een chemotherapie? JA/NEE
 - 30. Rookt u? JA/NEE
 - 31. Gebruikt u veel alcoholische dranken? JA/NEE
 - 32. Bent u zwanger? JA/NEE
 - 33. Volgt u een dieet? JA/NEE
 - 34. Gebruikt u medicijnen, homeopathische middelen of hormoonpreparaten? JA/NEE
- Zo ja, welke en waarvoor? _____

- 35. Heeft u een ziekte of een ander medisch probleem welke niet genoemd is en waarvan u denkt dat wij het zouden moeten weten? JA/NEE
- 36. Zijn er andere bijzonderheden waar wij rekening mee moeten houden bij de behandeling? JA/NEE
- 37. Ruimte voor antwoorden en/of opmerkingen.

Datum en handtekening:

.....