

MEDISCHE ANAMNESE - GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

Naam: _____ m / v

Geboortedatum: ____/____/____

Aan de hand van dit anamneseformulier wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis 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 de behandelaar het medisch risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling.

Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden strikt vertrouwelijk behandeld.

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee).

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?
Ja / Nee Zo ja, wat? _____
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?
Ja / Nee Zo ja, waarvoor? _____
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?
Ja / Nee Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?
Ja / Nee Zo ja, welke ziekte? _____
5. Bent u ergens allergisch voor?
Ja / Nee Zo ja, waarvoor? _____
6. Heeft u een hartinfarct gehad?
Ja / Nee Zo ja, wanneer? _____
7. Heeft u last van hartkloppingen?
Ja / Nee
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?
Ja / Nee Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk _____
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties?
Ja / Nee
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?
Ja / Nee
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?
Ja / Nee
12. Bent u bij inspanning snel kortademig?
Ja / Nee
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?
Ja / Nee
- 13a. Heeft u een kunstnie of kunstheup?
Ja / Nee
14. Heeft u een aangeboren hartafwijking?
Ja / Nee
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)?
Ja / Nee
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?
Ja / Nee
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?
Ja / Nee
18. Heeft u last van hyperventileren?
Ja / Nee
19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?
Ja / Nee

graag ook de andere zijde invullen

20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?
Ja / Nee
21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
Ja / Nee Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? **Ja / Nee**
22. Heeft u suikerziekte?
Ja / Nee Zo ja, gebruikt u insuline? **Ja / Nee**
23. Heeft u bloedarmoede?
Ja / Nee
- 23a. Heeft u een bloedziekte/bloedstollingsziekte?
Ja / Nee
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?
Ja / Nee
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?
Ja / Nee
26. Heeft u een nierziekte?
Ja / Nee
27. Heeft u chronische maagdarmklachten?
Ja / Nee
28. Heeft u een aandoening van de schildklier?
Ja / Nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?
Ja / Nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?
Ja / Nee Zo ja, welke? _____
31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?
Ja / Nee
32. Rookt u?
Ja / Nee Zo ja, hoeveel per dag? _____
33. Gebruikt u alcohol?
Ja / Nee Zo ja, hoeveel glazen per week? _____
34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?
Ja / Nee Zo ja, welke? _____
35. Vrouwen: bent u zwanger?
Ja / Nee, Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____
36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?
Ja / Nee Zo ja, welke? _____
37. Gebruikt u momenteel medicijnen?
Ja / Nee Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt: (Graag ontvangen wij tevens een uitdraai van uw medicijnenlijst van uw apotheek)

Aanvullende vragen over uw mondhygiëne:

1. Hoe poetst u? Elektrisch / Handmatig / Beide
2. Hoe vaak poetst u? _____ keer per _____
3. Reinigt u de ruimtes tussen uw tanden en kiezen?
Ja / Nee
4. Zo ja, waarmee? Floss / Stokers / Ragers / _____
5. Heeft u last van bloedend tandvlees?
Ja / Nee
6. Zo ja, wanneer? _____
7. Heeft u andere klachten aangaande uw gebit?
Ja / Nee
8. Zo ja, welke? _____