

Naam: _____

Geslacht: M / V Beroep: _____

Geb.datum: _____

Handtekening: _____

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE
H.H. Bruins, J.R.E. Haalboom & R. Koole, versie 2.02, 2002

Huisarts: _____

Telefoonnr: _____

Actualisering medische anamnese

datum: _____

Kruis bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

- | | Ja | Nee | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 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 medisch specialist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, waarvoor? |
| 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, waarvoor? |
| 4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke ziekte? |
| 5. Bent u ergens allergisch voor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, waarvoor? |
| 6. Heeft u een hartinfarct gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, wanneer? |
| 7. Heeft u last van hartkloppingen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?
onderdruk: bovendruk: |
| 9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Bent u bij inspanning snel kortademig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

De nummers hiernaast verwijzen naar de betreffende bladzijden in het Medisch Tandheelkundig Memo 2003. Het Medisch Tandheelkundig Memo 2003 is een uitgave van Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2002.

A.u.b. verdergaan op de volgende bladzijde

- | | Ja | Nee | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 18. Heeft u last van hyperventileren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? Ja / Nee |
| 22. Heeft u suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, gebruikt u insuline? Ja / Nee |
| 23. Heeft u bloedarmoede? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 26. Heeft u een nierziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 27. Heeft u chronische maag-darmklachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 28. Heeft een aandoening van de schildklier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? |
| 31. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 34. Rookt u? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, hoeveel per dag? |
| 35. Gebruikt u alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, hoeveel glazen per week? |
| 36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? |
| 37. Vrouwen: bent u zwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? |
| 38. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zo ja, welke? |
| 39. Gebruikt u momenteel medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
- Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt (tevens ruimte voor opmerkingen)
-
-