Medische anamneselijst

U wordt gevraagd voor uw eerste afspraak een medische anamneselijst in te vullen.

Dit is van belang omdat vele lichamelijke ziekten en geneesmiddelen invloed kunnen hebben op het voorkomen van problemen met uw gebit en op de uitvoering van de behandeling.

Als ik op de hoogte ben van uw medische situatie kan ik de juiste voorzorgsmaatregelen nemen.

Het is daarom belangrijk dat u ook eventuele wijzigingen in uw medische situatie aan mij doorgeeft.

Bovenkant formulier

**Medische anamnese**

* Naam

VoornaamAchternaam

* Geboortedatum





* + Man
	+ Vrouw
* Datum van vandaag



* Ben u ergens allergisch voor?
	+ Ja
	+ Nee
* Waarvoor?



* Heeft u een hartinfarct gehad?
	+ Ja
	+ Nee
* Wanneer?



* Heeft u last van hartkloppingen?
	+ Ja
	+ Nee
* Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?
	+ Ja
	+ Nee
* Wat is uw bloeddruk?



* Heeft u pijn op de borst bij inspanning?
	+ Ja
	+ Nee
* Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u een aangeboren hartafwijking?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?
	+ Ja
	+ Nee
* Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of med. behandeling?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u epilepsie, vallende ziekte?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte of TIA gehad?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u suikerziekte?
	+ Ja
	+ Nee
* Gebruikt u hier iets voor?



* Heeft u bloedarmoede?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u een nierziekte?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?
	+ Ja
	+ Nee
* Heeft u een kunstgewricht?
	+ Ja
	+ Nee
* Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?
	+ Ja
	+ Nee
* Rookt u?
	+ Ja
	+ Nee
* Hoeveel per dag?



* Gebruikt u alcohol?
	+ Ja
	+ Nee
* Vrouwen: Bent u zwanger?
	+ Ja
	+ Nee
* Gebruikt u medicijnen?
	+ Ja
	+ Nee
* Welke?



* Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?
	+ Ja
	+ Nee
* Welke?

Onderkant formulier