

ANAMNESE-VRAGENLIJST

Patiëntgegevens

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoon: _____

Beroep: _____

Naam huisarts: _____

Naam specialist: _____

Zorgverzekeraar: _____

Registratienummer: _____

BSN: _____

Datum: ____/____/20____

Handtekening: _____

Algemene vragen

1. Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Ja Nee
Wat was de aard van de complicaties? _____

Bij welke arts/tandarts? _____
2. Hebt u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Ja Nee
Wat was de aard van de problemen? _____

Bij welke medicijnen? _____

Gezien zorgverlener: _____

Indien u een **vet** gedrukte vraag met ‘nee’beantwoord, kunt u direct doorgaan met de volgende vraag. Indien u een **vet** gedrukte vraag met ‘ja’beantwoord, dient u ook de bij behorende vragen te beantwoorden.

	Ja	Nee
1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,	O	O
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	O	O
Hebt u pijn op de borst in rust?	O	O
Zijn uw klachten recent toegenomen?	O	O
2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja,	O	O
Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	O	O
Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	O	O
3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek?	O	O
Hebt u een kunsthartklep?	O	O
Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart-of vaatoperatie ondergaan?	O	O
Hebt u een pacemaker?	O	O
Hebt u activiteiten moeten verminderen?	O	O
4. Hebt u zonder inspanningen aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,	O	O
Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	O	O
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	O	O
5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja,	O	O
Wordt u bij platliggen kortademig?	O	O
Slaapt u met meer dan 2 kussens omdat u anders kortademig wordt?	O	O
6. Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad? Zo ja,	O	O
Wat is uw laatst gemeten bloeddruk? _____		
Is de bovendruk meestal tussen 150 en 200?	O	O
Is de onderdruk meestal tussen 95 en 115?	O	O
Is de bovendruk meestal 200 of hoger?	O	O
Is de onderdruk meestal 115 of hoger?	O	O
7. Is bij u een bloedneiging vastgesteld? Zo ja,	O	O
Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	O	O
Krijgt u zonder stoten snel blauwe plekken?	O	O
8. Hebt u epilepsie? Zo ja,	O	O
Wisselt u regelmatig van medicijnen?	O	O
Hebt u ondanks de medicijnen regelmatig aanvallen?	O	O
9. Hebt u astma? Zo ja,	O	O
Gebruikt u hiervoor medicijnen?	O	O
Bent u kortademig?	O	O
10. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja,	O	O
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	O	O
Bent u kortademig bij het aankleden?	O	O
11. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige-of medische materialen of iets anders? Zo ja,	O	O
Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?	O	O
Was het bij u tandarts?	O	O
Waarvoor bent u allergisch? _____		

	Ja	Nee
12. Hebt u suikerziekte? Zo ja,	0	0
Gebruikt u insuline?	0	0
Bent u vaak ontregeld (hypo/Hyper glycaemie)?	0	0
13. Hebt u een schildklierziekte? Zo ja,	0	0
Is dit een vertraagde functie?	0	0
Is dit een versterkte functie?	0	0
14. Hebt u nu of hebt u in het verleden een leverziekte gehad? Zo ja,	0	0
Hebt u daarvoor dieet of medicijnen?	0	0
15. Hebt u een nierziekte? Zo ja,	0	0
Hebt u een nierfunctievervangende behandeling(dialyse)?	0	0
Hebt u een niertransplantaat?	0	0
16. Hebt u nu of hebt u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor), of bloedziekte gehad? Zo ja,	0	0
Welke? _____		
Bent u onder behandeling?	0	0
Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	0	0
Wanneer? _____		
17. Hebt u last van hyperventileren?	0	0
18. Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandelingen?	0	0
19. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?	0	0
20. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? Zo ja,	0	0
Voor het hart?	0	0
Loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloed verdunnende middelen?	0	0
Tegen hoge bloeddruk?	0	0
Aspirine of andere pijnstillers?	0	0
Voor suikerziekte?	0	0
Voor allergie?	0	0
Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	0	0
Tegen huid-, darm-, of reumatische ziekten?	0	0
Medicijnen tegen kanker en bloedziekten?	0	0
Penicilline of antibiotica?	0	0
Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen?	0	0
Gebruikt u drugs?	0	0
Ander medicijnen?	0	0
Welke medicijnen? _____		
21. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?	0	0
22. Hebt u een ziekte waar niet naar gevraagd is? Zo ja, welke? _____	0	0

Bij ondertekenen van dit document geeft u tevens aan een informatieblad over tandartspraktijk Dentalis te hebben ontvangen.