



Anamnese

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten, kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding geven tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiëniste hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

	ja	nee
1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
1.a-hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.b-nemen deze klachten de laatste tijd toe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.c-hebt u ook klachten in rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.d-hebt u ondanks bypass, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen?		
2. Hebt u een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
2.a-hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.b-ondervindt u nog steeds klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.c-hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hebt u een hartgeruis, hartklepgebrek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a Hebt u een kunstheup of kunsthartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.a-hebt u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.b-hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
4.a-moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.b-wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hebt u last van hartzwakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
5.a-hebt u 's-avonds gezwollen voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.b-moet u 's-nachts meer dan 2 x urineren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.c-slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.d-wordt u 's-nachts kortademig wakker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hebt u een hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
6.a-is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.b-is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.c-is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.d-is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hebt u verlammingen(beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
7.a-hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.b-hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of andere medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja,		
9.a-wisselt u regelmatig van medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.b-hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Hebt u astma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 11.a-hebt u daar nu last van? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hebt u slechte longen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 12.a -hoest u meer dan een kopje slijm per dag op? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.b -bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.c -bent u kortademig bij het opstaan of aankleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hebt u hooikoorts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13a Hebt u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 13.a -gebruikt u voor uw allergie medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.b -bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.c -is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.d -is de allergie opgetreden bij uw tandarts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.e-waarvoor bent u allergisch?..... | | |
| 14. Hebt u suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 14.a-gebruikt u insuline? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.b-bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.c -wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 15.a -wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.b -hebt u, ondanks behandeling, klachten gehouden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 16.a-wordt u daarvoor behandeld/gecontroleerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.b-hebt u, ondanks behandeling, klachten gehouden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hebt u een leverziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 17.a-langer dan 6 maanden? | | |
| 17.b-hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 18.a-hebt u nierfunctievervangende behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Hebt u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5 kg bent vermagerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 19.a-hebt u langer dan 6 maanden diarree? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| -welke? | | |
| 21. Hebt u bloedarmoede met klachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 22.a-welke? | | |
| 22.b-wordt u hiervoor behandeld ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22.c-hebt u koorts in aanvallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Is bij u een bloedingneiging vastgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 23.a-bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.b-krijgt u zonder stoten blauwe plekken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 24.a-is dit minder dan 5 jaar geleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. Gebruikt u op dit moment medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zo ja, | | |
| 25.a-voor het hart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.b-loopt u bij de trombosedienst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.c-tegen hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.d-aspirine of andere pijnstillers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.e-voor suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.f-prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.g-medicijnen tegen kanker of bloedingsziekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.h-penicilline of antibiotica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.i-kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.j-andere medicijnen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| 25.k-gebruikt u dagelijks verdovende middelen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.l-gebruikt u meer dan 5 alcoholische consumpties per dag? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Rookt u? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.a-hoeveel? | | |

LET OP:

Indien in bovenstaande gegevens veranderingen optreden, dient u ons hiervan op de hoogte te stellen.

Naam: :

Geslacht: m / v

Geboortedatum:

Tel. Privé:

Tel. Werk:

Huisarts:

Specialist:

Datum:

Handtekening: