

## **MEDISCHE ANAMNESE**

*Een aantal ziekten, afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle vragen schriftelijk te beantwoorden. U mag dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts.*

**Naam:**

**Geboortedatum:**

**Datum van invullen:**

*Doorhalen  
wat niet van toepassing is.*

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Bent u ergens allergisch voor?   | Ja*/ Nee |
| 2. Heeft u een hartinfarct gehad?   | Ja/ Nee  |
| 3. Heeft u last van hartkloppingen?   | Ja/ Nee  |
| 4. Wordt u behandeld voor een hoge bloeddruk?                                     | Ja/ Nee  |
| 5. Heeft u pijn op de borst bij inspanning?                                       | Ja/ Nee  |
| 6. Wordt u kortademig als u plat op bed ligt?                                     | Ja/ Nee  |
| 7. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep?                                   | Ja/ Nee  |
| 8. Heeft u een aangeboren hartafwijking?  | Ja/ Nee  |
| 9. Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?                             | Ja/ Nee  |
| 10. Bent u ooit flauwgevallen tijdens een tandheelkundige / medische behandeling? | Ja/ Nee  |
| 11. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?   | Ja/ Nee  |
| 12. Heeft u weleens een hersenbloeding of beroerte (TIA/CVA) gehad?               | Ja/ Nee  |
| 13. Heeft u last van longklachten, astma, bronchitis of chronische hoest?         | Ja/ Nee  |
| 14. Heeft u suikerziekte?   | Ja/ Nee  |
| 15. Heeft u bloedarmoede?   | Ja/ Nee  |
| 16. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad?                                 | Ja/ Nee  |
| 17. Gebruikt u bloedverdunners? Zo ja welke?                                      | Ja/ Nee  |
| 18. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?                                 | Ja/ Nee  |
| 19. Heeft u last van hyperventilatie?   | Ja/ Nee  |
| 20. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte? <sub>(gehad)</sub>    | Ja/ Nee  |
| 21. Heeft u een nierziekte?   | Ja/ Nee  |
| 22. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?                             | Ja/ Nee  |
| 23. Heeft u een kunstgewricht?  | Ja*/ Nee |
| 24. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?                       | Ja/ Nee  |
| 25. Rookt u? Zo ja hoeveel per dag?   | Ja*/ Nee |

**Z.O.Z.**

- |   |          |
|---|----------|
| 26. Gebruikt u alcohol? (alleen invullen bij meer dan 4 glazen per dag)                         | Ja*/ Nee |
| 27. Heeft u de ziekte van (Morbus) Crohn?   | Ja/ Nee  |
| 28. Heeft u een aandoening van de schildklier?  | Ja/ Nee  |
| 29. vrouwen: bent u zwanger of vermoedt u zwanger te zijn?                                      | Ja/ Nee  |
| 30. Heeft u een ziekte of aandoening waar nog niet naar is gevraagd?                            | Ja*/ Nee |
| 31. Gebruikt u momenteel medicijnen?<br>Zo ja vermeld dan hieronder welke medicijnen u gebruikt | Ja*/ Nee |

Naam van uw huisarts: .....

\* Toelichting op vragen beantwoord met JA:

.....  
.....  
.....  
.....

Medicijnen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Bij dezen verklaar ik dat de medische anamnese naar waarheid is ingevuld.

Handtekening:

**Z.O.Z.**