**Medische anamnese : Gezondheidsvragenlijst**



Naam: ………………………………………………………………………………………………………………………………....................

Woonplaats: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefoonnummer: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

GSM-nummer: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

E-mailadres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Huisarts: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen, kunnen de mondgezondheid beïnvloeden. Aan de hand van dit anamneseformulier kan de tandarts voorzorgsmaatregelen treffen en het behandelprotocol aanpassen. Uw gegevens vallen onder het beroepsgeheim en worden uiteraard strikt vertrouwelijk behandeld.**

 **Ja Nee**

1. Heeft u pijn / een beklemmend gevoel op de borst bij inspanning of emoties? O O
2. Heeft u last van hartkloppingen? O O
3. Heeft u een hartinfarct gehad? O O Zo ja, hoelang geleden? ………………………………………………………………………………
4. Wordt u behandeld voor hoge bloeddruk? O O
5. Heeft u een hartklepgebrek? O O
6. Heeft u een kunsthartklep? O O
7. Heeft u een pacemaker? O O
8. Heeft u stents? O O
9. Heeft u een aangeboren hartafwijking? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
10. Heeft u een kunstknie / kunstheup? O O Zo ja, hoelang geleden? ………………………………………………………………………………
11. Heeft u een bloedstollingsziekte? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
12. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden of na een

operatie of verwonding? O O

1. Heeft u een hersenbloeding of herseninfarct gehad? O O Zo ja, hoelang geleden? ………………………………………………………………………………
2. Heeft u astma? O O Zo ja, gebruikt u een verstuiver? …………………………………………………………………
3. Heeft u last van hyperventileren? O O

**Ja Nee**

1. Heeft u suikerziekte? O O Zo ja, gebruikt u insuline? …………………………………………………………………………..
2. Heeft u hepatitis? O O
3. Heeft u epilepsie O O
4. Heeft u een nierziekte? O O
5. Heeft u een aandoening van de schildklier? O O
6. Heet u een rheumatische aandoening? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
7. Wordt u behandeld voor osteoporose? O O

Zo ja, neemt u hiervoor medicatie? O O Welke medicatie? ……………………………………………………………………………………….

Wordt deze medicatie toegediend via een infuus? O O

1. Heeft u ooit een kwaadaardig gezwel gehad? O O

Zo ja, neemt u hiervoor medicatie? O O Welke medicatie? ……………………………………………………………………………………….

1. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte zoals HIV, TBC, MRSA,…? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
2. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? O O Zo ja, hoelang geleden? ………………………………………………………………………………
3. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? O O
4. Heeft u een allergie (huisstofmijt, latex, penicilline,…) ? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
5. Rookt u? O O Zo ja, hoeveel per dag? ……………………………………………………………………………….
6. Gebruikt u alcohol? O O Zo ja, hoeveel glazen per week? …………………………………………………………………
7. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………

Het gebruik van drugs kan een invloed hebben op de werking van de lokale verdoving en de toestand van uw gebit.

1. Vrouwen: Bent u zwanger? O O Zo ja, wanneer uitgerekend? ………………………………………………………………………
2. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
3. Gebruikt u momenteel medicijnen waarnaar hierboven niet is gevraagd? O O Zo ja, welke? ………………………………………………………………………………………………
4. Enkele aanvullende vragen over uw poetsgedrag en mondhygiëne:

Hoe poetst u? O Elektrisch O Handmatig

Hoe vaak poetst u? O Dagelijks …. Keer O Wekelijks … keer

Reinigt u de ruimtes tussen uw tanden? O Ja O Nee

Zo ja, waarmee? O Floss O Borsteltje O Tandenstoker

Heeft u last van bloedend tandvlees? O Ja O Nee

 Datum: ……………………………………….. Handtekening: ……………………………………………