

Tandartspraktijk Ouddorp Medische Anamnese

Naam:

Adres:

Postcode/ Woonplaats:

Geboortedatum:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? | J | N | Zo ja, wat? |
| Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | J | N | Zo ja, waarvoor? |
| Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? | J | N | Zo ja, waarvoor? |
| Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? | J | N | Zo ja, welke ziekte? |
| Bent u ergens allergisch voor? | J | N | Zo ja, waarvoor? |
| Heeft u een hartinfarct gehad? | J | N | Zo ja, wanneer? |
| Heeft u last van hartkloppingen? | J | N | |
| Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | J | N | Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk?
Onderdruk:.....Bovendruk:..... |
| Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? | J | N | |
| Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? | J | N | |
| Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | J | N | |
| Bent u bij inspanning snel kortademig? | J | N | |
| Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | J | N | |
| Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? | J | N | |
| Heeft u een pacemaker (of ICD)? | J | N | |
| Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | J | N | |
| Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | J | N | |
| Heeft u last van hyperventileren? | J | N | |
| Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | J | N | |
| Heeft u een hersenbloeding, beroerte of TIA gehad? | J | N | |
| Heeft u last van longklachten, zoals astma, bronchitis, of chronische hoest? | J | N | Zo ja bent u daarbij benauwd of kortademig? J / N |
| Heeft u suikerziekte? | J | N | Zo ja, gebruikt u insuline? |
| Heeft u bloedarmoede? | J | N | |
| Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? | J | N | |
| Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | J | N | |
| Heeft u een nierziekte? | J | N | |
| Heeft u chronische maag-darmklachten? | J | N | |
| Heeft u een aandoening van de schildklier? | J | N | |
| Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | J | N | |
| Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? | J | N | Zo ja, welke? |
| Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? | J | N | |
| Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? | J | N | |
| Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | J | N | |
| Rookt u? | J | N | Zo ja, hoeveel? |
| Gebruikt u alcohol? | J | N | Zo ja, hoeveel glazen per week? |
| Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? | J | N | Zo ja, welke? |
| Vrouwen: bent u zwanger? | J | N | Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? |
| Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | J | N | Zo ja, welke? |
| Gebruikt u momenteel medicijnen? | J | N | Zo ja, welke:..... |
| <i>U kunt ook een kopie van uw medicijnlijst van uw apotheek aan ons geven</i> | | |
..... |

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