

MEDISCHE ANAMNESE - GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE 2009

Bruins, Haalboom & Koole, goedgekeurd door de Vereniging voor Medische Tandheelkunde Interactie (VMTI) (aangepaste versie januari 2009)

Naam: _____ m / v Patiëntnummer: _____

Geboortedatum: _____ Datum: _____

Aan de hand van dit anamneseformulier wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen, die uw mondgezondheid kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandeling of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Aan de hand van de vragenlijst kan de behandelaar het medisch risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling. **Uw gegevens en antwoorden vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden uiteraard strikt vertrouwelijk behandeld.**

Vink bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is: Ja / Nee

- | | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Zo ja , wat? _____ | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja , wat? _____ | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja , wat? _____ | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zo ja , wat? _____ | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Bent u ergens allergisch voor? Zo ja , wat? _____ | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja , wat? _____ | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Heeft u last van hartkloppingen? | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Zo ja , onderdruk: _____ bovendruk: _____ | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Bent u bij inspanning snel kortademig? | 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13a | Heeft u een kunstnie of kunstheup? | 13a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Heeft u een aangeboren hartafwijking? | 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Heeft u een pacemaker (of ICD)? | 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Heeft u last van hyperventileren? | 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Zo ja , bent u daarbij kortademig? J / N | 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Heeft u suikerziekte? Zo ja , gebruikt u insuline? J / N | 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Heeft u bloedarmoede? | 23 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23a | Heeft u een bloedziekte/bloedstollingsziekte? | 23a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? | 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Heeft u een nierziekte? | 26 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Heeft u chronische maagdarmklachten? | 27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Heeft u een aandoening van de schildklier? | 28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | 29 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja , welke? _____ | 30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Rookt u? Zo ja , hoeveel per dag? _____ | 32 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Gebruikt u alcohol? Zo ja , hoeveel glazen per week? _____ | 33 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 | Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja , welke? _____ | 34 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | Vrouwen: bent u zwanger? Zo ja , wanneer bent u uitgerekend? _____ | 35 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Zo ja , welke? _____ | 36 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja , vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt *: | 37 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Graag ontvangen wij tevens een uitdraai van uw medicijnenlijst van uw apotheek

Enkele aanvullende vragen over uw poetsgedrag en mondhygiëne:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Hoe poetst u? | <input type="checkbox"/> Elektronisch | <input type="checkbox"/> Handmatig |
| 2. Hoe vaak poetst u? | <input type="checkbox"/> Dagelijks ___ keer | <input type="checkbox"/> Wekelijks ___ keer |
| 3. Reinigt u de ruimtes tussen uw tanden en kiezen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 4. Zo ja, waarmee? | <input type="checkbox"/> Floss | <input type="checkbox"/> Stokers <input type="checkbox"/> Ragers <input type="checkbox"/> Anders: _____ |
| 5. Heeft u last van bloedend tandvlees? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| 6. Zo ja, wanneer? | <input type="checkbox"/> _____ | |
| 7. Heeft u andere klachten aangaande uw gebit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Ruimte voor opmerkingen: