

 Medische Anamnese

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam specialist: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indien u een vet gedrukte vraag met ‘nee’ beantwoordt, kunt u direct doorgaan met

de volgende vraag. Indien u een vet gedrukte vraag met ‘ja’ beantwoordt,

dient u ook de bijbehorende vragen te beantwoorden.

1. **Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad**

**tijdens tandheelkundige behandelingen? 0 ja 0 nee**

Zo ja, wat was de aard van de complicatie?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bij welke tandarts? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Heeft u ooit problemen gehad bij gebruik van medicijnen? 0 ja 0 nee**

Zo ja, wat was de aard van de problemen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bij welke medicijnen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning 0 ja 0 nee**

**(angina pectoris)? Zo ja,**

Heeft u uw activiteiten moeten verminderen? 0 ja 0 nee

Heeft u ook klachten in rust? 0 ja 0 nee

Zijn uw klachten recentelijk toegenomen? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja, 0 ja 0 nee**

Heeft u uw activiteiten moeten minderen? 0 ja 0 nee

Heeft u in de laatste zes maanden een hartinfarct gehad? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u een hartgeruis of een hartgebrek? 0 ja 0 nee**

**Heeft u een kunsthartklep? 0 ja 0 nee**

**Heeft u korter dan zes maanden geleden een hart- of**

**vaatoperatie ondergaan? 0 ja 0 nee**

**Heeft u een pacemaker? 0 ja 0 nee**

Heeft u uw activiteiten moeten minderen? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? 0 ja 0 nee**

**Zo ja,**

Moet u tijdens de aanvallen rusten, zitten of liggen? 0 ja 0 nee

Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja, 0 ja 0 nee**

Wordt u bij platliggen kortademig? 0 ja 0 nee

Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders

kortademig wordt? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u nu of heeft u in het verleden een hoge 0 ja 0 nee**

**bloeddruk gehad?Zo ja,**

Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200? 0 ja 0 nee

Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115? 0 ja 0 nee

Is uw bovendruk meestal 200 of hoger? 0 ja 0 nee

Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? 0 ja 0 nee

1. **Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja, 0 ja 0 nee**

Bloedt u langer dan één uur na verwonding/ ingrepen? 0 ja 0 nee

Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u ooit verlammingen (beroerte of attaque) of 0 ja 0 nee spraakstoornissen gehad? Zo ja,**

Heeft u nu tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan?0 ja 0 nee

Heeft u in de laatste zes maanden een beroerte/ attaque gehad? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u epilepsie? Zo ja, 0 ja 0 nee**

Wisselt u regelmatig van medicijnen? 0 ja 0 nee

Heeft u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u astma? Zo ja, 0 ja 0 nee**

Heeft u daar nu last van? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u andere klachten van uw longen of hoest u 0 ja 0 nee**

 **voortdurend? Zo ja,**

 Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? 0 ja 0 nee

 Bent u kortademig bij het aankleden? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u ooit een allergische reactie gehad op peniciline, 0 ja 0 nee**

 **aspirine, latex, tandheelkundige- of medische**

 **materialen of iets anders? Zo ja,**

Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis? 0 ja 0 nee

 Was het bij uw tandarts? 0 ja 0 nee

 Waarvoor bent u allergisch? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Heeft u suikerziekte? Zo ja, 0 ja 0 nee**

Gebruikt u insuline? 0 ja 0 nee

Bent u vaak ‘ontregeld’ (hypo-/hyperglykemie)? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u een schildklierziekte? Zo ja, 0 ja 0 nee**

 Is dit een vertraagde functie? 0 ja 0 nee

 Is dit een versterkte functie? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u nu een leverziekte of deze in het verleden 0 ja 0 nee**

 **gehad? Zo ja,**

Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen? 0 ja 0 nee

 Heeft u daarvoor een levertransplantaat? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u een nierziekte? Zo ja, 0 ja 0 nee**

 Ondergaat u een nierfunctievervangende behandeling (dialyse)? 0 ja 0 nee

 Heeft u een niertransplantaat? 0 ja 0 nee

1. **Heeft u nu of heeft u ooit een kwaadaardige ziekte 0 ja 0 nee**

 **(tumor) of bloedziekte gehad? Zo ja,**

Welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bent u onder behandeling? 0 ja 0 nee

 Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan het hoofd/hals? 0 ja 0 nee

 Wanneer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Heeft u last van hyperventileren? 0 ja 0 nee**
2. **Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of 0 ja 0 nee medische behandeling?**
3. **Heeft u bloedarmoede met klachten (moe/duizelig)? 0 ja 0 nee**
4. **Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of 0 ja 0 nee zelfgekocht? Zo ja,**
* Voor het hart? 0 ja 0 nee
* Loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u 0 ja 0 nee

bloedverdunnende middelen?

* Tegen hoge bloeddruk? 0 ja 0 nee
* Aspirine of pijnstillers? 0 ja 0 nee
* Tegen suikerziekte? 0 ja 0 nee
* Tegen een allergie? 0 ja 0 nee
* Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende 0 ja 0 nee

middelen?

* Tegen huid-, darm- of reumatische klachten? 0 ja 0 nee
* Tegen kanker of bloedziekten? 0 ja 0 nee
* Peniciline of antibiotica? 0 ja 0 nee
* Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, 0 ja 0 nee

verdovende middelen?

* Gebruikt u drugs? 0 ja 0 nee
* Gebruikt u andere medicijnen? 0 ja 0 nee

Naam van uw medicijnen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent? 0 ja 0 nee**

 Zo ja, hoe lang? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Heeft u een ziekte waar niet naar is gevraagd? 0 ja 0 nee**

 Zo ja, welke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_