



all
dental
cosmetics

Anamneselijst: *Omcirkel de volgende vragen met antwoord ja of nee:*

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? | Ja / Nee |
| 2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? | Ja / Nee |
| 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in het ziekenhuis? | Ja / Nee |
| 4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? | Ja / Nee |
| 5. Bent u ergens allergisch voor? | Ja / Nee |
| 6. Heeft u een hartinfarct gehad? | Ja / Nee |
| 7. Heeft u last van hartkloppingen? | Ja / Nee |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | Ja / Nee |
| 9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties? | Ja / Nee |
| 10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? | Ja / Nee |
| 11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | Ja / Nee |
| 12. Bent u bij inspanning snel kortademig? | Ja / Nee |
| 13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | Ja / Nee |
| 14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Ja / Nee |
| 15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? | Ja / Nee |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | Ja / Nee |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Ja / Nee |
| 18. Heeft u last van hyperventileren? | Ja / Nee |
| 19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | Ja / Nee |

Naam:

Geboortedatum:

Zo ja, wat?

Zo ja, waarvoor?

Zo ja, waarvoor?

Zo ja, welke ziekte?

Zo ja, waarvoor?

Zo ja, wanneer?

Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?

Onderdruk:

Bovendruk:

Vervolg op volgende pagina



Vervolg Anamneselijst:

- 20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?
- 21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
- 22. Heeft u suikerziekte?
- 23. Heeft u bloedarmoede?
- 24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?
- 25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?
- 26. Heeft u een nierziekte?
- 27. Heeft u chronische maagdarmklachten?
- 28. Heeft u een aandoening aan uw schildklier?
- 29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?
- 30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?
- 31. Bent u bestraald vanwege een tumor in uw hoofd en/of hals?
- 32. Rookt u?
- 33. Gebruikt u alcohol?
- 34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?
- 35. Alleen voor vrouwen: bent u zwanger?
- 36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?
- 37. Gebruikt u momenteel medicijnen?

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Ja / Nee

Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? **Ja / Nee**

Zo ja, gebruikt u insuline? **Ja / Nee**

Zo ja, welke?

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?

Zo ja, hoeveel glazen alcohol per dag?

Zo ja, welke drugs?

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?

Zo ja, welke?

Zo ja, welke medicijnen?