

Medische anamnese vanaf 18 jaar

1.	Bent u gezond ?	JA / NEE
	Is er het afgelopen jaar iets in uw gezondheid veranderd ?	JA / NEE
	Uw laatste medische onderzoek was op	JA / NEE
	Bent u onder behandeling van een arts, medisch specialist, psycholoog of psychiater ? Zo ja, waarvoor?	JA / NEE
	Naam, plaats (en eventueel telefoonnummer) van uw: Huisarts Eigen tandarts	JA / NEE
	Bent u de afgelopen 5 jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis ? Zo ja, waarvoor?	JA / NEE
	Hebt u ooit een ernstige ziekte of operatie doorgemaakt ? Zo ja, welke ziekte/operatie?	JA / NEE
	Bent u geopereerd of bestraald, of hebt u een chemokuur gehad voor een tumor of gezwel aan uw hoofd of hals/nek ?	JA / NEE
	Hebt u ooit (of hebt u nog steeds) één van de volgende ziekten/problemen (gehad)?	JA / NEE
	Hartklepgebrek of kunst-hartkleppen ?	JA / NEE
	Aangeboren hartafwijking ?	JA / NEE
	Hart-, vaatproblemen (zoals hartvaatoperatie, hoge bloeddruk, hartkloppingen, hartaanval	JA / NEE
	Hebt u pijn/knellend gevoel op de borst tijdens inspanningen ?	JA / NEE
	Bent u snel kortademig?	JA / NEE
	Hebt u last van gezwollen enkels/voeten ?	JA / NEE
	Wordt u kortademig als u gaat liggen, of gebruikt u meer dan één kussen als u gaat slapen	JA / NEE
	Moet u 's nachts vaak (meer dan 2 keer) uit bed om te plassen	JA / NEE
	Hebt u een pacemaker?	JA / NEE
	Allergie ? Zo ja, waarvoor?.....	JA / NEE
	Neusbijholte ontsteking (sinusitis) ?	JA / NEE
	Astma?	JA / NEE
	Eczeem, huiduitslag ?	JA / NEE
	Duizelingen en flauwvallen?	JA / NEE
	Epilepsie	JA / NEE
	Beroerte of attaque (verlammingen, spraakstoornissen)?	JA / NEE
	Suikerziekte (diabetes)	JA / NEE

Gebruikt u hiervoor insuline of tabletten?	JA / NEE
Zo ja, bent u goed in te stellen/ingesteled?	JA / NEE
Hebt u voortdurend dorst/een droge mond?	JA / NEE
Gewrichtsontstekingen, reuma?	JA / NEE
Maagzweer ?	JA / NEE
Leverziekte (geelzucht) ?	JA / NEE

Nierziekte ?	JA / NEE
Tuberculose ?	JA / NEE
Lage bloeddruk?	JA / NEE
Schildklierproblemen?	JA / NEE
Een besmettelijke ziekte? Zo ja welke ?	JA / NEE
Hebt u ooit abnormale (langdurige) bloedingen gehad na een gebitseextractie, chirurgische ingreep of verwonding?	JA / NEE

Hebt u bloedarmoede?	JA / NEE
Gebruikt u momenteel medicijnen ? Zo ja, welke en waarvoor?	JA / NEE
Hebt u ooit een allergische of vreemde reactie op medicijnen gehad?	JA / NEE
Gebruikt u: Alcohol Zo ja, hoeveel glazen per dag?	JA / NEE
Verdovende middelen Drugs	JA / NEE
Tabakswaaren Zo ja, hoeveel per dag?	JA / NEE

Bent u HIV-positief?	JA / NEE
Hebt u een ziekte of medische problemen waar hierboven niet naar is gevraagd en waarvan u denkt dat het belangrijk voor ons is? Zo ja, welke ziekte of welke probleem?	JA / NEE
Vrouwen: Bent u zwanger? Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?	JA / NEE

1	Wat is uw lengte ? CM Wat is uw gewicht ? KG	
2		
3	Is uw gewicht in de afgelopen 6 maanden onbedoeld (dus niet door gericht afvallen) veel afgenomen ? Indien NEE, ga verder naar vraag 6	JA / NEE
4	Wat was uw gewicht een maand geleden ? KG	
5	Wat was uw gewicht een half jaar geleden ? KG	
6	Bent u het afgelopen jaar 1 of meer keren gevallen vanwege een evenwichtsstoornis of door een andere oorzaak waarover u geen controle heeft ?	JA / NEE
7	Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen ?	JA / NEE

Uw antwoorden zijn bestemd voor uw eigen behandeldossier en zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Ik verleen toestemming aan de adviserend tandarts van mijn zorgverzekering/verzekeringsinstelling om nadere inlichtingen in te winnen bij de behandelend tandarts voor het beoordelen van een eventuele machtigingsaanvraag. Ik verleen toestemming aan de verwijzer voor het opvragen van behandelhistorie/ radiologische opnames.

Handtekening:

.....