

Medische gezondheidsvragenlijst *(medische anamnese)*

Deze medische anamnese s.v.p. uitprinten, invullen en meebrengen bij het eerste consult.

1.	Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	ja / nee	zo ja, wat?
2.	Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?	ja / nee	zo ja, waarvoor?
3.	Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?	ja / nee	zo ja, waarvoor?
4.	Heeft u ook een ernstige ziekte doorgemaakt?	ja / nee	zo ja, welke ziekte?
5.	Bent u ergens allergisch voor?	ja / nee	zo ja, waarvoor?
6.	Heeft u een hartinfarct gehad?	ja / nee	zo ja, wanneer?
7.	Heeft u last van hartkloppingen?	ja / nee	
8.	Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	ja / nee	zo ja, wat is uw bloeddruk? onderdruk: bovendruk:
9.	Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij 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 geboren afwijking?	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	
20.	Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad?	ja / nee	
21.	Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	ja / nee	zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? ja / nee
22.	Heeft u suikerziekte?	ja / nee	zo ja, gebruikt u insuline? ja / nee
23.	Heeft u bloedarmoede	ja / nee	
24.	Heeft u wel een langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	ja / nee	
25.	Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	ja / nee	
26.	Heeft u een nierziekte?	ja / nee	
27.	Heeft u chronische maagdarmklachten?	ja / nee	
28.	Heeft u een aandoening van de schildklier?	ja / nee	

29.	Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	ja / nee	
30.	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	ja / nee	zo ja, welke?
31.	Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	ja / nee	
32.	Rookt u?	ja / nee	zo ja, hoeveel per dag?
33.	Gebruikt u alcohol?	ja / nee	zo ja, hoeveel glazen per week?
34.	Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	ja / nee	zo ja, welke?
35.	Vrouwen: bent u zwanger?	ja / nee	zo ja, wanneer ben u uitgerekend?
36.	Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	ja / nee	zo ja, welke?
37.	Heeft u voor tandheelkundige behandelingen antibiotica nodig?	ja / nee	
38.	Heeft u last van vieze adem of smaak?	ja / nee	
39.	Gebruikt u momenteel medicijnen, op recept of zelf gekocht?	ja / nee	zo ja, vermeld hieronder welke
	medicijnen:		
	ruimte voor opmerkingen:		

Persoonlijke gegevens

naam en voorletters	
straat	
postcode + woonplaats	
geboortedatum	
telefoon privé	
telefoon werk	
telefoon mobiel	
email	
BSN	
verzekeraar + polisnummer	
huisarts	
telefoon huisarts	
specialist	
beroep	
reden inschrijving	

Naar waarheid ingevuld :

datum:	handtekening:
plaats:	