

# De medische anamnese

Aan de hand van een vragenlijst wordt er geïnformeerd naar ziekten en afwijkingen 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 een mondhygiënist het medische risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling.

Hierdoor kunnen calamiteiten worden voorkomen. Het is daarom van belang dat u de vragenlijst zorgvuldig invult, maar bij veranderingen daarin deze ook bij uw mondhygiënist meldt.

Hieronder treft u de medische anamneselijst aan. Indien nodig zal de mondhygiënist overleg plegen met uw tandarts, huisarts of specialist. Uw gegevens worden conform de wetgeving rondom privacy en persoonsregistratie behandeld en vallen onder het medische beroepsgeheim.

Zou u het formulier hieronder in willen vullen en terug willen mailen?

## Persoonsgegevens

**Naam/ Voornaam:** \_\_\_\_\_  
**Adres:** \_\_\_\_\_  
**Postcode/ Woonplaats:** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_  
**Telefoon Privé/ Werk:** \_\_\_\_\_  
**Tandarts:** \_\_\_\_\_  
**Telefoon:** \_\_\_\_\_  
**Huisarts:** \_\_\_\_\_  
**Telefoon:** \_\_\_\_\_

## Medische gegevens

- |           |   |                 |
|-----------|---|-----------------|
| <b>1</b>  | Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige of mondhygiënische behandeling? | <b>JA / NEE</b> |
| <b>2</b>  | Heeft u ooit medische problemen of bijwerkingen gehad van het gebruik van medicijnen?                             | <b>JA / NEE</b> |
| <b>3</b>  | Bent u bang voor een tandheelkundige of mondhygiënische behandeling?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>4</b>  | Heeft u last van hyperventileren?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>5</b>  | Bent u ooit flauwgevallen bij een behandeling?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>6</b>  | Heeft u ooit pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning { angina pectoris}?                           | <b>JA / NEE</b> |
| <b>7</b>  | Heeft u een hartinfarct gehad?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>8</b>  | Heeft u een hartruis, hartklepgebrek of acuut reuma gehad?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>9</b>  | Heeft u een hartvaatoperatie ondergaan of heeft u een pacemaker?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>10</b> | Heeft u zonder inspanningen aanvallen van hartkloppingen?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>11</b> | Heeft u last van hartzwakte?  | <b>JA / NEE</b> |

- |           |  |                 |
|-----------|--|-----------------|
| <b>12</b> | Heeft u een hoge of een lage bloeddruk?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>13</b> | Heeft u bloedarmoede?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>14</b> | Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld of bent u onder controle van een trombosedienst?                               | <b>JA / NEE</b> |
| <b>15</b> | Heeft u verlammingen {beroerte of attaque} of spraakstoornissen gehad?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>16</b> | Heeft u epilepsie?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>17</b> | Heeft u astma of hooikoorts?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>18</b> | Heeft u longklachten?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>19</b> | Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van medicijnen of van medische materialen?                         | <b>JA / NEE</b> |
| <b>20</b> | Heeft u ooit een allergische reactie gehad na een plaatselijke verdoving?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>21</b> | Heeft u suikerziekte?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>22</b> | Is bij u een versterkte of verminderde schildklierfunctie vastgesteld?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>23</b> | Bent u zonder anders te gaan eten het afgelopen halfjaar meer dan 6 kilo aangekomen of afgevallen bij een goede eetlust? | <b>JA / NEE</b> |
| <b>24</b> | Heeft u de ziekte van Pfeiffer?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>25</b> | Heeft u langer dan 6 maanden een leverziekte, heeft u hepatitis A, B, C?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>26</b> | Heeft u een chronische nierziekte, darmaandoening met diarree, maagklachten?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>27</b> | Heeft u een besmettelijke ziekte { bv. Geslachtsziekte, seropositief, aids}?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>28</b> | Heeft u kanker, een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>29</b> | Bent u bestraald voor een tumor of een gezwel in hoofd of hals?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>30</b> | Heeft u ondergaan of ondergaat u een chemotherapie?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>31</b> | Rookt u?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>32</b> | Gebruikt u veel alcoholische dranken?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>33</b> | Bent u zwanger?  | <b>JA / NEE</b> |
| <b>34</b> | Volgt u een dieet?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>35</b> | Gebruikt u medicijnen, homeopathische middelen of hormoonpreparaten? Zo ja, welke en waarvoor?                           | <b>JA / NEE</b> |
| <b>36</b> | Heeft u een ziekte of een ander medisch probleem welke niet genoemd is en waarvan u denkt dat ik het zou moeten weten?   | <b>JA / NEE</b> |
| <b>37</b> | Zijn er ander bijzonderheden waar wij rekening mee moeten houden bij de behandeling?                                     | <b>JA / NEE</b> |

**Datum:**

.....