

Tandartspraktijk Oudwijk

Anamneselijst

Naam: _____

Geboortedatum: _____

**Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee).
Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld.**

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 het ziekenhuis? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft u ooit 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 meestal uw bloeddruk? Onderdruk: _____ Bovendruk: _____
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**
20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of 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**

Tandartspraktijk Oudwijk

Anamneselijst

22. Heeft u suikerziekte? **Ja / Nee**
Zo ja, gebruikt u insuline? **Ja / Nee**
23. Heeft u bloedarmoede? **Ja / Nee**
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een 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 uw hoofd en/of hals? **Ja / Nee**
32. Rookt u? Ja / Nee Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____
33. Gebruikt u alcohol? **Ja / Nee**
Zo ja, hoeveel glazen per dag? _____
34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____
35. Alleen voor vrouwen: bent u zwanger? **Ja / Nee**
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____
36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____
37. Gebruikt u momenteel medicijnen? **Ja / Nee**
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt? _____

Ruimte voor opmerkingen: _____

**Einde vragenlijst. Neemt u deze lijst mee naar uw eerste afspraak bij
Tandartspraktijk Oudwijk**