

Patiënt(e):

Werk mee aan uw eigen veiligheid



Waarom deze gezondheidsvragenlijst?

Verschillende aandoeningen/ ziektes en bijwerkingen van medicijnen uiten zich in de mondholte door een verandering/ verkleuring aan het slijmvlies (wang, tong, tandvlees) te vertonen.

Bij waarneming van zo'n verandering dient er gekeken te worden of er een verband bestaat met uw gezondheid en medicijngebruik, alleen dán kunnen wij adequaat reageren op een afwijking welke in relatie staat tot een aandoening die (nog) niet bij u vastgesteld is.

Tevens dient iedere arts, voor uw eigen veiligheid, op de hoogte te zijn van uw algemene gezondheid en medicijngebruik alvorens deze een behandeling gaat uitvoeren.

Het invullen van deze vragenlijst is al verplicht op grond van artikel 452 van de Wet op de behandelingsovereenkomst;

art 452: de patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft.

Wij houden al onze patiënten aan de verplichting om de vragenlijst in te vullen.

Bij weigering zijn wij gerechtigd om tot roeyement over te gaan.

NB: Het beoordelen en verwerken van uw medische anamnese kan kosten tot gevolg hebben;
C22 Medische anamnese ad € 21,09(2015)

In te vullen door tandarts:

Gecontroleerd op : paraaf:..... €

Besproken met patiënt op:

Grs/ gl/ orje/ ro

Ingevoerd:

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Nee of Ja).

Bent u ergens allergisch voor? Nee Ja

-> waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad? Nee Ja

-> wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen? Nee Ja

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Nee Ja

-> wat is uw bloeddruk? onderdruk:..... bovendruk:

Heeft u pijn op de borst bij inspanning? Nee Ja

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Nee Ja

Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Nee Ja

Heeft u een aangeboren hartafwijking? Nee Ja

Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? Nee Ja

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheekkundige of medische behandeling? Nee Ja

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? Nee Ja

Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? Nee Ja

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Nee Ja

Heeft u suikerziekte? Nee Ja

-> gebruikt u insuline? Nee Ja

Heeft u bloedarmoede? Nee Ja

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? Nee Ja

Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? Nee Ja

Heeft u een nierziekte? Nee Ja

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Nee Ja

Heeft u een kunstgewricht? Nee Ja

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Nee Ja

Rookt u? -> hoeveel per dag? Nee Ja

Gebruikt u alcohol? -> hoeveel per dag? Nee Ja

Vrouwen: bent u zwanger? Nee Ja

Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? Nee Ja
-> welke?.....

Gebruikt u medicijnen? (ook anticonceptiepil) welke? Nee Ja

1) _____

2) _____

meer dan 2? -> graag een uitdraai van de apotheek

Datum:--Handtekening