

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.

Dit is belangrijk omdat diverse medicijnen, aandoeningen, syndromen, gewricht- of hartkleprotheses et cetera een andere (benadering op de) behandeling kunnen indiceren/vereisen.

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 Alleen geldig met datum en handtekening van de patiënt; NB: Het beoordelen en verwerken van uw medische anamnese kan kosten tot gevolg hebben;

C010 Medische anamnese ad € 25,27 (jan 2023)

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).

- Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? _____ Nee Ja
Zo ja, wat?
Zo ja Bent u daarvoor onder behandeling bij een specialist? _____ Nee ja
Zo ja bij welke? sinds
- Bent u ergens allergisch voor? _____ Nee Ja
-> waarvoor?
- Heeft u een hartinfarct gehad? _____ Nee Ja
Zo ja -> wanneer?
- Heeft u last van hartkloppingen? _____ Nee Ja
- Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? _____ Nee Ja
-> Zo 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 ooit een endocarditis(ontsteking hart/hartklep) meegemaakt? _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
Zo 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
Zo ja sinds wanneer
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? _____ Nee Ja
Zo ja wanneer
- Rookt u? _____ -> hoeveel per dag? _____ Nee Ja
- Gebruikt u alcohol? _____ -> hoeveel per week..... _____ Nee Ja
- Heeft u bariatrische chirurgie ondergaan? (zoals maagverkleining gastric bypass/ duodenale switch) _____ Nee Ja
- Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? ____ Nee Ja
Zo ja-> welke?.....
.....

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

1) _____

2) _____

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

Heeft u ooit Bisfosfonaten (o.a. tegen botontkalking) gebruikt? _____ Nee Ja
(= Alendrolinezuur, Clodroninezuur, Ibandroninezuur, Pamidroninezuur, Risedroninezuur, Zoledroninezuur (houdende) medicijnen)

- Zo ja, wanneer voor het laatst?.....
- Vrouwen: bent u zwanger? en/of geeft u borstvoeding _____ Nee Ja

Wat is de naam van uw Huisarts:.....

Datum:--Handtekening patiënt