

## Werk mee aan de veiligheid van uw kind

*Waarom deze gezondheidsvragenlijst?*

Verschillende aandoeningen/ ziektes en bijwerkingen van medicijnen uiteten 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.

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

(in te vullen door tandarts)

Gecontroleerd op : .....

Paraaf: .....

Besproken met patiënt op: .....

Grs/ gl/ orje/ ro

Ingevoerd: .....

1. Is er de afgelopen tijd iets aan de gezondheid van het kind veranderd? \_\_\_ Nee Ja
2. Is het kind onder behandeling bij huisarts of med specialist? \_\_\_\_\_ Nee Ja
3. Is het kind ergens allergisch voor?-> waarvoor? \_\_\_\_\_ Nee Ja
4. Heeft het kind een aangeboren hartafwijking? \_\_\_\_\_ Nee Ja  
-> wanneer is dit vastgesteld? .....
5. Heeft het kind epilepsie, vallende ziekte? \_\_\_\_\_ Nee Ja
6. Heeft het kind last van longklachten; astma, bronchitis of chronische hoest? Nee Ja
7. Heeft het kind suikerziekte? \_\_\_\_\_ Nee Ja  
-> gebruikt het insuline? \_\_\_\_\_ Nee Ja
8. Heeft het kind bloedarmoede? \_\_\_\_\_ Nee Ja
9. Heeft het kind hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? \_\_\_\_\_ Nee Ja
10. Heeft het kind een nierziekte? \_\_\_\_\_ Nee Ja
11. Heeft het kind problemen met de voeding en/of maag-darmklachten? \_\_\_ Nee ja
12. Is het kind angstig of heel erg druk of heeft het andere gedragsproblemen? \_\_\_\_\_ Nee Ja
13. Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf? \_\_\_\_\_ Nee Ja
14. Heeft het kind een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? \_\_\_ Nee Ja  
-> welke?.....
15. Gebruikt het kind medicijnen (ook anticonceptiepil) welke? \_\_\_\_\_ Nee Ja  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
meer dan 2? -> graag een uitdraai van de apotheek
16. Heeft het kind ooit Bifosfonaten gebruikt? \_\_\_\_\_ Nee Ja  
(= Alendrolinezuur, Clodroninezuur, Ibandroninezuur, Pamidroninezuur, Risedroninezuur, Zoledroninezuur (houdende) medicijnen) Zo ja, wanneer voor het laatst?.....

Wie is de huisarts .....

Datum: .....

Naam ouder/ verzorger: .....Handtekening .....