

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE (MEDISCHE ANAMNESE)

Naam _____ m/v

Huisarts _____

Geboortedatum _____

Apotheker _____

Patiëntnummer _____

Datum _____

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten, kunnen uw mondgezondheid sterk beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandelingen of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Kruist u telkens JA of NEE aan

	JA	NEE	ASA
1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, wat? _____			
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, waarvoor? _____			
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, waarvoor? _____			
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, welke ziekte? _____			
5. Bent u ergens allergisch voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja, waarvoor? _____			
- bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- is de allergie opgetreden bij tandheelkundige behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
6. Heeft u een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja, wanneer? _____			
- heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- hebben zich daarna complicaties voorgedaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- ondervindt u nog steeds klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
<i>Wanneer de patiënt(e) in de laatste 6 maanden nog een hartinfarct gehad heeft dan is de ASA-score IV</i>			
7. Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV

	JA	NEE	ASA
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
Wat is meestal uw bloeddruk? onderdruk: bovendruk:			
- is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
- is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
9. Heeft u pijn op de borst of een knellend gevoel bij inspanning en/of bij emoties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- heeft u ook klachten in rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
- nemen de klachten de laatste tijd toe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Zo ja,			
- slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
12. Bent u bij inspanning snel kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u een kunstheup of kunsthartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u na de kunsthartklep operatie klachten gehouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- heeft u bij een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? (AB profylaxe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hartvaatoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- was dit een bypass operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- heeft u na deze operatie nog klachten gehouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
14. Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
18. Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- wisselt u regelmatig van medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III

	JA	NEE	ASA
20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- Heeft u nog vergelijkbare klachten die binnen 24 uur geheel verdwijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- heeft u in de laatste 6 maanden nog een hersenbloeding of beroerte gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u daar nu last van?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- bent u daarbij benauwd of kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u slechte longen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- heeft u klachten van de tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- bent u kortademig bij het opstaan of aankleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
22. Heeft u suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- bent u vaak 'ontregeld'? (hypo/hyperglycaemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- wordt u behandeld voor complicaties aan hart en vaten ten gevolge van suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
23. Heeft u bloedarmoede?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u hiervan klachten? (moe, duizelig, kortademig, hoofdpijn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- bent u hiervoor weleens opgenomen in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Heeft u op dit moment serumhepatitis of hepatitis B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- is dit uit bloedonderzoek gebleken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- bent u hiervoor onder behandeling/controle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
26. Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- heeft u een nierfunctie-vervangende behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- heeft u een niertransplantaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV

	JA	NEE	ASA
27. Heeft u chronische maagdarmklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
28. Heeft u een aandoening van de schildklier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- is dit een vertraagde functie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- is dit een versterkte functie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?			
Zo ja, welke ziekte? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
31. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja,			
- was dit meer dan vijf jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- was dit minder dan vijf jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
- was dit minder dan één jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
34. Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, hoeveel per dag? _____			
35. Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____			
36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, welke? _____			
37. Vrouwen: bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja, hoeveel weken bent u zwanger? _____			
38. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zo ja, welke ziekte? _____			
39. Gebruikt u momenteel medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt _____			

Opmerkingen
