

# Medische anamneselijst

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Geslacht

Man

Vrouw

Datum van vandaag

Bent u ergens allergisch voor?

Ja Nee

Waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad?

Ja Nee

Wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen?

Ja Nee

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?

Ja Nee

Wat is uw bloeddruk?

Heeft u pijn op de borst bij inspanning?

Ja Nee

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?

Ja Nee

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?

Ja Nee

Heeft u een aangeboren hartafwijking?

Ja Nee

Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator

Ja Nee

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?

Ja Nee

Heeft u epilepsie, vallende ziekte?

Ja Nee

Heeft u een hersenbloeding of beroerte of TIA gehad?

Ja Nee

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

Ja Nee

Heeft u suikerziekte?

Ja Nee

Gebruikt u hier iets voor?

Heeft u bloedarmoede?

Ja Nee

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen?

Ja Nee

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

Ja Nee

Heeft u een nierziekte?

Ja Nee

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?

Ja Nee

Heeft u een kunstgewricht?

Ja Nee

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?

Ja Nee

Rookt u?

Ja Nee

Hoeveel per dag?

Gebruikt u alcohol?

Ja Nee

Vrouwen: Bent u zwanger?

Ja Nee

Gebruikt u medicijnen?

Ja    Nee

Welke?

Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?

Ja    Nee

Welke?

Bedankt voor het invullen.

Sla dit document op. We ontvangen het document graag per mail via [info@dentalcarerecht.nl](mailto:info@dentalcarerecht.nl).

Persoonsgegevens die u verstrekt gebruiken wij uitsluitend om u zo goed mogelijk van dienst te zijn.