



### **Anamneselijst 2016**

Uw gezondheid en gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts en mondhygiënist van belang zijn.

Wilt u daarom zo vriendelijk zijn om de volgende vragen te beantwoorden?

U kunt antwoorden door JA of NEE aan te kruisen

Als het antwoord op de dik gedrukte vraag 'NEE' is, kunt u direct door naar de volgende dik gedrukte vraag. Is het antwoord 'ja', dan beantwoordt u ook de dun gedrukte vragen.

Als u iets niet begrijpt, vraagt u dan uw tandarts om uitleg. Natuurlijk worden uw gegevens vertrouwelijk behandeld.

Naam:	Geb.datum:
Adres:	
Huisarts:	
Beroep:	

- 1 **HEBT U PIJN OF EEN KLEMMEND GEVOEL OP DE BORST BIJ INSPANNING (ANGINA PECTORIS)? Zo ja,**
- |  | Ja                    | Nee                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nemen de klachten de laatste tijd toe?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hebt u ook klachten in rust?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hebt u, ondanks bypass-operatie, dotter-procedure of lasertherapie, weer angina pectoris gekregen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 2 **HEBT U EEN HARTINFARCT GEHAD? Zo ja,**
- |  | Ja                    | Nee                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Hebben zich daarna complicaties voorgedaan?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ondervindt u nog steeds klachten?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hebt u de laatste zes maanden een hartinfarct gehad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 3 **HEBT U EEN HARTRUIS OF EEN HARTKLEPGEBREK?**
- 4 **HEBT U EEN KUNSTHARTKLEP?**



## Anamneselijst 2016

		Ja	Nee
5	<b>HEBT U KORTER DAN ZES MAANDEN GELEDEN EEN VAATOPERATIE ONDERGAAN? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hebt u klachten als gevolg van het hartklepgebrek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<b>HEBT U, ZONDER INSPANNING, AANVALLEN VAN HARTKLOPPINGEN? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Moet u tijdens aanvallen rusten of zitten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<b>HEBT U LAST VAN HARTZWAKTE / HARTFALEN? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Hebt u 's avonds last van gezwollen voeten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Moet u 's nachts meer dan twee keer urineren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wordt u 's nachts kortademig wakker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<b>HEBT U EEN HOGE BLOEDDRUK? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Is uw bovendruk meestal tussen de 160 en 200?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Is uw onderdruk meestal tussen de 95 en 115?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<b>HEBT U VERLAMMINGEN (BEROERTE OF ATTAQUE) OF SPRAAKSTOORNISSEN GEHAD? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Hebt u nu een spraakstoornis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hebt u de laatste zes maanden een beroerte of attaque gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### Anamneselijst 2016

		Ja	Nee
10	<b>BENT U OOIT FLAUW GEVALLEN TIJDENS EEN TANDHEELKUNDIGE OF ANDERE MEDISCHE BEHANDELING?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<b>GEBRUIKT U MEDICIJNEN TEGEN EPILEPSIE? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Wisselt u regelmatig van medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hebt u, ondanks uw medicijnen, regelmatig aanvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<b>HEBT U LAST VAN HYPERVENTILEREN?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<b>HEBT U ASTMA? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Hebt u daar nu last van?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<b>HEBT U SLECHTE LONGEN? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bent u kortademig bij het aankleden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<b>HEBT U HOOIKOORTS?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<b>HEBT U OOIT EEN ALLERGISCHE REACTIE GEHAD NA GENEESMIDDELEN GEBRUIK OF NA GEBRUIK VAN MEDISCHE MATERIALEN (JODIUM, RUBBER, PLEISTERS) ? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Gebruikt u medicijnen voor uw allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bent u allergisch voor penicilline of andere antibiotica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Is de allergie opgetreden bij behandeling door uw tandarts?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Waar bent u allergisch voor?		



## Anamneselijst 2016

- |    |   |   | Ja                    | Nee                   |
|----|---|---|-----------------------|-----------------------|
| 17 | <b>HEBT U SUIKERZIEKTE? Zo ja,</b>  |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    |   | Ja Nee                                      |                       |                       |
|    | Gebruikt u insuline?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
|    | Bent u vaak 'ontregeld' (hypo- / hyperglycemie)?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
|    | Wordt u behandeld voor complicaties gevolge van suikerziekte?                                 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
| 18 | <b>IS ER BIJ U EEN VERSTERKTE SCHILDKLIERFUNCTIE VASTGESTELD? Zo ja,</b>                      |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    |   | Ja Nee                                      |                       |                       |
|    | Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
|    | Hebt u, ondanks behandeling, klachten?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
| 19 | <b>IS ER BIJ U EEN TRAGE SCHILDKLIERFUNCTIE VASTGESTELD? Zo ja,</b>                           |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    |   | Ja Nee                                      |                       |                       |
|    | Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
|    | Hebt u, ondanks behandeling, klachten?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
| 20 | <b>HEBT U EEN LEVERZIEKTE? Zo ja,</b>   |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    |   | Ja Nee                                      |                       |                       |
|    | Langer dan zes maanden?   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
|    | Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen?  | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
| 21 | <b>HEBT U EEN CHRONISCHE NIERZIEKTE WAARDOOR U EEN DIEET MOET VOLGEN? Zo ja,</b>              |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    |   | Ja Nee                                      |                       |                       |
|    | Krijgt u een nierfunctie-vervangende behandeling (dialyse)?                                   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
| 22 | <b>HEBT U CHRONISCHE MAAG/DARM KLACHTEN WAARDOOR U MEER DAN 5 KILO BENT VERMAGERD? Zo ja,</b> |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|    |   | Ja Nee                                      |                       |                       |
|    | Hebt u al langer dan 6 maanden diarree?   | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |                       |                       |
| 23 | <b>HEBT U MOMENTEEL EEN BESMETTELIJKE ZIEKTE? Zo ja, Welke?</b>                               |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



**Anamneselijst 2016**

		Ja	Nee
24	<b>HEBT U BLOEDARMOEDE MET KLACHTEN (MOE, DUIZELIGHEID) ?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	<b>HEBT U EEN KWAADAARDIGE ZIEKTE VAN DE LYMFEEKLIEREN OF EEN BLOEDZIEKTE? Zo ja,</b> Welke ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Wordt u daarvoor behandeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hebt u koorts in aanvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	<b>IS ER BIJ U EEN VERHOOGDE BLOEDINGSNEIGING VASTGESTELD? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingreep?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	<b>BENT U BESTRAALD VOOR EEN TUMOR OF GEZWEL AAN HOOFD OF HALS? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Ja	Nee
	Was dat minder dan vijf jaar geleden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	<b>GEBRUIKT U OP DIT MOMENT MEDICIJNEN? Zo ja vink dan aan wat voor u van toepassing is,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Voor het hart?		
	Loopt u bij de trombosedienst?		
	Tegen hoge bloeddruk?		
	Aspirine of andere pijnstillers (tegen gewrichtsklachten)?		
	Voor suikerziekte?		
	Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?		
	Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?		
	Penicilline of andere antibiotica ?		
	Kalmerende middelen, slaaptabletten of antidepressiva?		
	Andere medicijnen?		
	Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?		
	Gebruikt u dagelijks meer dan 5 alcoholische consumpties?		



Documentnummer 3.1.2  
Versienummer 2.1  
Versiedatum 29 maart 2016

Pagina 6 van 6

### **Anamneselijst 2016**

		Ja	Nee
29	<b>Rookt U? Zo ja,</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hoeveel?		

**Naar waarheid ingevuld op:**

**te:**

**Naam:**

**Handtekening:**



Ontvangen op

Afgenomen door \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Ingevoerd door \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_