

Tandartsenpraktijk Uithuizen
Medische Anamnese

Naam	:			
Geboortedatum	:	BSN	:	_____
Adres	:	Postcode/Plaats	:	_____
Telefoon	:			
Email	:			
Huisarts	:	Specialist	:	Beroep:
Verzekeraar	:	VerzekerdeNr:	:	

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?	J	N	Zo ja, wat?
Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?	J	N	Zo ja, waarvoor?
Bent u ergens allergisch voor?	J	N	Zo ja, waarvoor?
Heeft u een hartinfarct gehad?	J	N	Zo ja, wanneer?
Heeft u last van hartkloppingen?	J	N	
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?	J	N	Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk? onderdruk: bovendruk:
Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?	J	N	
Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?	J	N	
Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	J	N	
Heeft u een (aangeboren) hartafwijking?	J	N	
Heeft u een pacemaker (of ICD)?	J	N	
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	J	N	
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	J	N	
Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?	J	N	
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	J	N	
Heeft u suikerziekte?	J	N	Zo ja, gebruikt u insuline?
Heeft u bloedarmoede?	J	N	
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	J	N	
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	J	N	
Heeft u een nierziekte?	J	N	
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	J	N	
Heeft u een kunstgewricht?	J	N	
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	J	N	
Rookt u?	J	N	Zo ja, hoeveel?
Vrouwen: bent u zwanger?	J	N	
Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	J	N	Zo ja, welke?
Gebruikt u momenteel medicijnen?	J	N	Zo ja, welke?

Datum: _____ Handtekening: _____