

ANAMNESE

Geachte patiënt,

Uw algemene gezondheidstoestand en het gebruik van geneesmiddelen kunnen voor de tandarts van belang zijn. Ook i.v.m. de beroepsaansprakelijkheid is dit belangrijk. Daarom vragen wij u vriendelijk om dit formulier in te vullen. Indien er tijdens uw behandeling bij ons wijzigingen van uw toestand zijn, hou ons dan zeker op de hoogte.

Voor- en achternaam: Bloedgroep:

Adres:

Postcode + gemeente:

GSM nr.: Telefoon nr.:

Geboortedatum: / / E-mailadres:

Naam huisarts:

Hoe bent u hier terecht gekomen? (via familie, vrienden, internet, ...)

.....

Wanneer was uw laatste controle bij de tandarts?

De reden van uw bezoek: (omcirkel wat van toepassing is)

pijn vulling esthetisch
controle prothese andere:

INDIEN UW ANTWOORD OP DE VETGEDRUKTE VRAAG 'NEE' IS, DAN MAG U DOORGAAN NAAR DE VOLGENDE VETGEDRUKTE VRAAG.

	JA	NEE
Hebt u gezondheidsproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schildklierproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hart- en bloedvatproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Longen (o.a. astma,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes / Suikerziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maag- en/of darmziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hartproblemen (o.a. hoge bloeddruk)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leverziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV / Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ZIE ACHTERKANT BLZ.		

Hebt u ooit een allergische reactie of onaangename reactie (flauwvallen) gehad na gebruik van medisch of tandheelkundig materiaal, medicijnen of latex?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waarvoor bent u allergisch?		
Bent u allergisch aan bepaalde antibiotica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wordt u behandeld door een specialist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waarvoor en door wie?		
Gebruikt u drugs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drinkt u regelmatig alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u (mogelijk) zwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rookt u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krijgt u zonder enige oorzaak blauwe plekken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bloedt u langer dan 1u na verwonding of ingreep?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Last van flauwvallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hebt u een tandheelkundige verzekering?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naam verzekering:		

Gebruikt u op dit moment medicijnen?(indien niet, mag u deze vraag overslaan.)

Soort	Ja	Nee	Naam medicijn
Voor uw hart?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bloedverdunners?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tegen hoge bloeddruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Aspirine of pijnstillers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Voor een allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Voor suikerziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Prednisone, corticosteroiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Voor huid- of darmziekte of reuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tegen kanker of bloedziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hieronder kan u nog andere zaken vermelden die mogelijk van belang zijn:			
.....			

Ik geef toestemming om RX, verslagen en klinische beelden via e-mail naar verwijzende tandartsen of labo te sturen. Ik verklaar u op de hoogte te houden bij elke wijziging in mijn medische toestand en medicatiegebruik.

Voor niet tijdig (binnen de 24uur) geannuleerde afspraken zal er een vergoeding van 50 euro worden aangerekend.

Datum/...../.....

Handtekening