Inschrijfformulier

# Tandheelkundig Centrum Dudok Generaal Maczekstraat 179 4818 BV, BREDA

Naam……………………………………………………....

Voorletters…………………………………………………

Achternaam……………………………………………...

Geboortedatum………………………………………….

Burgerservicenummer……………………………………

Postcode…………………………………………………...

Woonplaats………………………………………………..

Huisnummer………………………………………………..

Straat.……………………………………………………….

Telefoonnummer…………………………………………

Mobielnummer……………………………………………

e-mailadres………………………………………………..

Zorgverzekering…………………………………………..

Relatienummer……………………………………………

Naam van uw huisarts…………………………………...

Anamneseformulier

Aan de hand van dit anamneseformulier wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen, die uw mondgezondheid kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandeling of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Aan de hand van de vragenlijst kan de behandelaar het medisch risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling. Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden uiteraard strikt vertrouwelijk behandeld.

**Geef bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee).***Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.*

 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? **Ja I Nee**

 Zo ja, wat?.........................................................

 2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? **Ja I Nee**

Zo ja, waarvoor? …………………………………

 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? **Ja I Nee**

Zo ja, waarvoor?.................................................

4.Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? **Ja I Nee**

Zo ja, welke ziekte? ………………………………..

 5. Bent u ergens allergisch voor? **Ja I Nee**

Zo ja, waarvoor? …………………………………..

 6. Heeft u een hartinfarct gehad? **Ja |Nee**

Zo ja, wanneer?.....................................................

7. Heeft u last van hartkloppingen? **Ja I Nee**

8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? **Ja I Nee**

Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk: ……….Bovendruk ………

9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? **Ja I Nee**

10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? **Ja I Nee**

11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? **Ja I Nee**

12. Bent u bij inspanning snel kortademig? **Ja I Nee**

13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? **Ja I Nee**

13a. Heeft u een kunstknie of kunstheup? **Ja | Nee**

14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? **Ja I Nee**

15. Heeft u een pacemaker (of lCD)? **Ja I Nee**

16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? **Ja I Nee**

17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? **Ja I Nee**

18. Heeft u last van hyperventileren? **Ja I Nee**

19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? **Ja I Nee**

20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? **Ja I Nee**

21. Heeft u last van longklachten zoals astma,bronchitis of chronische hoest **Ja I Nee**

Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? ………………………

22. Heeft u suikerziekte? **Ja I Nee**

Zo ja, gebruikt u insuline? **Ja |Nee**

23. Heeft u bloedarmoede? **Ja I Nee**

23a. Heeft u een bloedziekte/bloedstollingsziekte? **Ja | Nee**

24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van

tanden/kiezen of na operatie of verwonding? **Ja I Nee**

25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? **Ja I Nee**

26. Heeft u een nierziekte? **Ja I Nee**

27. Heeft u chronische maagdarmklachten? **Ja I Nee**

28. Heeft u een aandoening van de schildklier? **Ja I Nee**

29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtskiachten? **Ja I Nee**

30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? **Ja I Nee**

Zo ja, welke? ------------------------------------------

31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? **Ja I Nee**

32. Rookt u? **Ja I Nee**

Zo ja, hoeveel per dag? ----------------------------

33. Gebruikt u alcohol? **Ja I Nee**

Zo ja, hoeveel glazen per week? ----------------

34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? **Ja I Nee**

Zo ja, welke? -----------------------------------------

35. Vrouwen: bent u zwanger? **Ja I Nee**

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? -----------

36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? **Ja I Nee**

Zo ja, welke? -----------------------------------------

 37. Gebruikt u momenteel medicijnen? **Ja I Nee**

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:…………………………

………………………………………………*…………………………………………………*

*(Graag ontvangen wij tevens een uitdraai van uw medicijnenlijst van uw apotheek)*