

ANAMNESE DOCUMENT

Geachte patiënt,

Bij een tandheelkundige behandeling is het nodig dat uw tandarts op de hoogte is van uw algemene gezondheidstoestand. Ook in verband met de beroepsaansprakelijkheid is dit belangrijk. Gelieve alle gegevens **volledig** in te vullen en **wijzigingen** bij een volgend bezoek **mee te delen**. Indien u het moeilijk heeft bepaalde gegevens in te vullen mag u dit steeds in het kabinet zelf melden.

Naam en voornaam :Geboortedatum:
Gsm en/of telefoon : E-mail :
Gehuwd/samenwonend :
Adres :
Beroep :
Naam en telnr. Huisarts :
Naam en telnr. vorige Tandarts:

Heeft u gezondheidsproblemen? JA/NEEN
Indien JA : aankruisen
O hart- en bloedvaten O longen O bloed/bloedstolling O andere :
O lever O nieren O ontsteking
O maag/darm O schildklier O autisme
O suikerziekte O epilepsie O psychisch

Werd u ooit geopereerd of in het ziekenhuis opgenomen? Indien JA, voor wat?
.....

Neemt u geneesmiddelen? Indien JA, welke?
.....

Rookt u? JA/NEEN Indien JA aantal per dag:.....

Wordt u behandeld door een specialist? JA/NEEN Indien JA welke?.....

Bent u bij de orthodont, stomatoloog of parodontoloog geweest? Indien ja, welke?
.....

Heeft u allergieën? JA/NEEN
Indien JA, aankruisen en opnoemen:
O geneesmiddelen..... O latex.....
O producten..... O andere.....

Heeft u:
O bloedneiging(b.v. spontaan blauwe plekken)
O last van flauwvallen bij een behandeling
O bestraling gehad
O ooit problemen gehad bij een vroegere tandheelkundige behandeling
O angst voor de tandarts

Heeft u een besmettelijke ziekte JA/NEEN
O hepatitis O tbc O HIV of aids O andere :.....

Gebruikt u alcohol en/of drugs? Indien JA welke?.....

Bent u mogelijk zwanger? JA/NEEN

Datum Handtekening