

Medische anamnese

Huisarts :

1	Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?	Ja / Nee
2	Heeft u een hartinfarct gehad?	Ja / Nee
3	Heeft u een hartgeruis of hartklepgebrek / kunsthartklep? Heeft u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan? Heeft u bij tandheelkundige behandelingen preventief antibiotica nodig?	Ja / Nee Ja / Nee Ja / Nee
4	Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	Ja / Nee
5	Bent u onder behandeling / controle van de trombosediens?	Ja / Nee
6	Heeft u last van hartzwakte?	Ja / Nee
7	Heeft u last van hyperventileren?	Ja / Nee
8	Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische ingreep?	Ja / Nee
9	Heeft u een hoge bloeddruk? Zo Ja, Weet u de laatst gemeten waarde? Bovendruk / onderdruk	Ja / Nee
10	Heeft u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	Ja / Nee
11	Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	Ja / Nee
12	Heeft u een longaandoening, zoals astma of COPD?	Ja / Nee
13	Heeft u hooikoorts?	Ja / Nee
14	Heeft u ooit een allergische reactie gehad na gebruik van geneesmiddelen of medische materialen (jodium, latex, pleisters)?	Ja / Nee
15	Heeft u suikerziekte? Zo Ja, bent u goed ingesteld / gereguleerd?	Ja / Nee Ja / Nee
16	Is er bij u een versterkte of trage schildklierfunctie vastgesteld?	Ja / Nee
17	Heeft u een leverziekte of nierziekte?	Ja / Nee
18	Heeft u bloedarmoede?	Ja / Nee
19	Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	Ja / Nee
20	Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? (TBC, Hepatitis, HIV, AIDS)	Ja / Nee
21	Heeft u een kwaadaardige ziekte van lymfeklieren of een bloedziekte?	Ja / Nee
22	Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	Ja / Nee
23	Heeft u dementie / de ziekte van Alzheimer? Of andere neurologische aandoeningen? Heeft u een contactpersoon?	Ja / Nee
24	Rookt u? Wat rookt u: Pijp / sigaar / shag / sigaretten? Hoeveel rookt u per dag? Bent u recent gestopt met roken?	Ja / Nee Ja / Nee
25	Gebruikt u medicijnen? Zo Ja; Indien u veel verschillende medicijnen gebruikt is een overzicht verstrekt door uw apotheek overzichtelijker. Waarvoor: Welke medicijnen?	Ja / Nee
	
	
	
	
	
	

Datum:

Handtekening patiënt:

Tandarts :

Uw e-mail :

AVG - Privacy

In het kader van uw behandeling hebben wij ons te houden aan een aantal wetten, zoals bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)

Volgens de AVG moeten wij u toestemming vragen voor een aantal zaken m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens. Daarom vindt u hieronder een aantal items waarvoor wij uw expliciete toestemming nodig hebben.

1	U heeft de privacyverklaring ingezien en bent ermee bekend – deze is te vinden in de wachtkamer en te downloaden via onze website www.mhpraktijk-noordwind.nl	Ja / Nee
2	U geeft toestemming gebruik van uw persoonsgegevens en voor het vastleggen van uw medische gegevens, medicatiegegevens, tandheelkundige gegevens en röntgenfoto's in het belang van uw behandeling	Ja / Nee
3	U geeft toestemming voor het opvragen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend tandarts/andere mondzorgverlener	Ja / Nee
4	U geeft toestemming voor het opvragen en uitwisselen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend arts/specialist indien dit noodzakelijk is om op verantwoorde manier uw behandeling uit te kunnen voeren	Ja / Nee
5	U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mail adres voor het maken of wijzigen van een afspraak en voor het versturen van de factuur	Ja / Nee

Datum:

Handtekening patiënt: