

Medische anamnese voor kinderen t/m 15 jaar

Naam :

Roepnaam:

Geboortedatum :

Huisarts :

1	Is er de afgelopen maanden iets veranderd aan het kind zijn gezondheid?	Ja / Nee
2	Is het kind onder behandeling van een arts of medisch specialist?	Ja / Nee
3	Is het kind de afgelopen jaren opgenomen in een ziekenhuis?	Ja / Nee
4	Heeft het kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?	Ja / Nee
5	Is het kind ergens allergisch voor?	Ja / Nee
6	Heeft het kind een (aangeboren) hartafwijking?	Ja / Nee
7	Is het kind ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Ja / Nee
8	Heeft het kind last van hyperventileren?	Ja / Nee
9	Heeft het kind epilepsie, vallende ziekte?	Ja / Nee
10	Heeft het kind last van longklachten zoals astma , bronchitis of chronische hoest?	Ja / Nee
11	Heeft het kind suikerziekte?	Ja / Nee
12	Heeft het kind bloedarmoede?	Ja / Nee
13	Heeft het kind wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	Ja / Nee
14	Heeft het kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	Ja / Nee
15	Heeft het kind een nierziekte?	Ja / Nee
16	Heeft het kind problemen met de voeding en/of maagdarmklachten?	Ja / Nee
17	Heeft het kind een aandoening van de schildklier?	Ja / Nee
18	Heeft het kind een spieraandoening?	Ja / Nee
19	Heeft het kind momenteel een besmettelijke ziekte?	Ja / Nee
20	Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind?	Ja / Nee
21	Is het kind vaak angstig?	Ja / Nee
22	Heeft het kind een handicap?	Ja / Nee
23	Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt hij/zij een medisch kinderdagverblijf?	Ja / Nee
24	Heeft het kind ooit narcose moeten ondergaan?	Ja / Nee
25	Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	Ja / Nee
26	Gebruikt het kind medicijnen? Zo Ja; Indien er veel verschillende medicijnen gebruikt worden is een overzicht verstrekt door uw apotheek overzichtelijker. Waarvoor: Welke medicijnen?	Ja / Nee

Naam van de ouder/verzorger die deze vragenlijst heeft ingevuld:

Datum:

Handtekening:

Z.O.Z.

Naam :
 Roepnaam :
 Geboortedatum :
 Uw e-mail :
 Tandarts :

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

Naam van de ouder / verzorger die deze vragenlijst heeft ingevuld:

Naam :

Datum:

Handtekening:

Z.O.Z