Jeugdtandarts
Tandheelkundig Jeugdcentrum Beuningen

Medische vragenlijst voor kinderen TOT 16 jaar

Datum :
Naam :
Geboortedatum :
Woonplaats :
Telefoonnummer :
Naam huisarts :

Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts
Handtekening ouder/verzorger:

Medisch risico uit de anamnese

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Omcirkel 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 de gezondheid van het kind veranderd? **Ja / Nee**
   Zo ja, wat?_____
2. Is het kind onder behandeling van een arts of medisch specialist? **Ja / Nee**
   Zo ja, waarvoor? Naam en telefoon van arts/specialist:
   _____
3. Is het kind de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? **Ja / Nee**
   Zo ja, waarvoor?_____
4. Heeft het kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? **Ja / Nee**
   Zo ja, welke ziekte?_____
5. Is het kind ergens allergisch voor? **Ja / Nee**
   Zo ja, waarvoor?_____
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 last van epilepsie, vallende ziekte? **Ja / Nee**
10. Heeft het kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? **Ja / Nee**
    Zo ja, is het kind daarbij benauwd en/of kortademig? **Ja / Nee**
11. Heeft het kind suikerziekte? **Ja / Nee**
    Zo ja, gebruikt het insuline? **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**
    Zo ja, welke?_____
20. Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind? **Ja / Nee**
21. Is het kind vaak angstig? **Ja / Nee**
    Zo ja, waarvoor?_____
22. Heeft het kind een handicap? **Ja / Nee**
    Zo ja, welke?_____
23. Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf? **Ja / Nee**
    Zo ja, welk?_____
24. Heeft het kind ooit narcose moeten ondergaan? **Ja / Nee**
    Zo ja, ging dat zonder problemen? **Ja / Nee**
25. Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? **Ja / Nee**
    Zo ja, welke?_____
26. Gebruikt het kind momenteel medicijnen? **Ja / Nee**
    Zo ja, graag hieronder opschrijven welke medicijnen het kind gebruikt:
    _____
    _____
    _____
    _____

Opmerkingen:_____
_____

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

Datum:_____ Handtekening:_____