



Jeugd tandarts
Tandheelkundig Jeugdcentrum Beuningen

Medische vragenlijst voor kinderen VANAF 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 uw gezondheid veranderd? **Ja / Nee**
Zo ja, wat? _____
2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? **Ja / Nee**
Zo ja, welke ziekte? _____
5. Bent u ergens allergisch voor? **Ja / Nee**
Zo ja, waarvoor? _____
6. Heeft u een hartinfarct gehad? **Ja / Nee**
Zo ja, wanneer? _____
7. Heeft u last van hartkloppingen? **Ja / Nee**
8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? **Ja / Nee**
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?
Onderdruk: _____ Bovendruk: _____
9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? **Ja / Nee**
10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? **Ja / Nee**
11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? **Ja / Nee**
12. Bent u bij inspanning snel kortademig? **Ja / Nee**
13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? **Ja / Nee**
14. Heeft u een (aangeboren) hartafwijking? **Ja / Nee**
15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? **Ja / Nee**
16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? **Ja / Nee**
17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? **Ja / Nee**
18. Heeft u last van hyperventileren? **Ja / Nee**
19. Heeft u last van epilepsie, vallende ziekte? **Ja / Nee**
20. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad? **Ja / Nee**
21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? **Ja / Nee**
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? **Ja / Nee**
22. Heeft u suikerziekte? **Ja / Nee**
Zo ja, gebruikt u insuline? **Ja / Nee**
23. Heeft u bloedarmoede? **Ja / Nee**
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? **Ja / Nee**
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? **Ja / Nee**
26. Heeft u een nierziekte? **Ja / Nee**
27. Heeft u chronische maag-darmklachten? **Ja / Nee**
28. Heeft u een aandoening van de schildklier? **Ja / Nee**
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? **Ja / Nee**
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____
31. Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? **Ja / Nee**
32. Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? **Ja / Nee**
33. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? **Ja / Nee**
34. Rookt u? **Ja / Nee**
Zo ja, hoeveel? _____

35. Gebruikt u alcohol? **Ja / Nee**
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____

36. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? **Ja / Nee**
Zo ja, welke?

37. Vrouwen: bent u zwanger? **Ja / Nee**
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____

38. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? **Ja / Nee**
Zo ja, welke? _____

39. Gebruikt u momenteel medicijnen? **Ja / Nee**
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:

Datum: _____ Handtekening: _____

