

Via de website ingeschreven		Inname medewerker:
-----------------------------	--	--------------------



← De anamnese, waarom al die vragen?

Intake formulier

Achternaam:

Voorletters en roepnaam: M / V

BSN:

Naam huisarts:

Naam specialist(en):

Naam apotheek:

1. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Ja / nee

Wat was de aard van de complicaties?

Bij welke arts/tandarts?.....

2. Heeft u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Ja / nee

Wat was de aard van de problemen?

Bij welke medicijnen?

3. Hoe lang geleden bent u voor het laatst bij een tandarts geweest voor de periodieke controle?

..... maanden /jaren geleden

4. Wat is de naam van deze tandarts, en de plaats?

Naam : Plaats :

5. Tabak gebruik:

- Rookt u? ja / nee
- Hoeveel? Gestopt per?

6. Alcohol gebruik:

- Drinkt u dagelijks alcohol? ja / nee • Hoeveel?
- Wat?

7. Drugs gebruik:

- Gebruikt u drugs? ja / nee
- Wat?
- Hoe vaak?

8. Zuren en suiker consumptie:

- Eet u dagelijks appels/ drinkt u dagelijks appelsap? ja / nee •
Wat drinkt u gedurende de dag?
.....
- Drinkt u alles in één keer of in slokjes verdeeld over meer dan 1 uur? In één keer / in slokjes (omcirkel het juiste antwoord)
- Eet en drinkt u maximaal 5 keer per dag of eet en drinkt u de hele dag door wel wat? ("grazen")
5 x per dag / grazen (omcirkel het juiste antwoord)

9. Knarst u?

ja / nee

Klemt u?

ja / nee

Indien van toepassing:

Behandeling bij fysiotherapeut / gnatoloog: ja / nee Knarsbitje: ja / nee

10. Ademt u meestal door de mond of door de neus? mond / neus (omcirkel het juiste antwoord)

Bijt u vaak op pennen of iets dergelijks? ja / nee

Nagelbijten? ja / nee

11. Wat is uw beroep & hobby('s)?

.....

12. Heeft u last van kokhalzen tijdens behandelingen bij de tandarts?

ja / nee

13. Hoe belangrijk vindt u mondgezondheid op een schaal van 1 tot 10? 1 2

3 4 5 6 7 8 9 10

onbelangrijk

heel erg belangrijk

14. Hoe bang bent u om naar de tandarts te gaan op een schaal van 1 tot 10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

helemaal niet bang

heel erg bang

15. Bent u onder psychiatrische behandeling?

ja / nee

Bent u onder psychologische behandeling?

ja / nee

Is er een psychologische diagnose bij u vastgesteld?

ja / nee

Zo ja, welke?

16. Staat u onder bewind? ja / nee
Zo ja, gegevens bewindvoerder:

17. Bent u wilsbekwaam? (Kunt u zelfstandig beslissen?) ja / nee
Indien u een **vet gedrukte vraag met 'nee' beantwoordt**, kunt u **direct doorgaan** met de **volgende vraag**. Indien u een vet gedrukte vraag met 'ja' beantwoordt, dient u ook de bijbehorende vragen te beantwoorden.

	Ja	Nee
1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?	0	0
Zo ja, Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0
Hebt u pijn op de borst in rust?		
Zijn uw klachten recent toegenomen?	0	0
2. Heeft u ooit een hartinfarct gehad?	0	0
Zo ja , hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0
Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	0	0
3. Heeft u een hartgeruis of hartklepgebrek?	0	0
Heeft u een kunsthartklep?	0	0
Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?	0	0
Heeft u een pacemaker?	0	0
Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0
4. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	0	0
Zo ja , moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	0	0
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	0	0
5. Heeft u last van hartzwakte (hartfalen)?	0	0
Zo ja , wordt u bij plat liggen kortademig?	0	0
Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	0	0
6. Heeft u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad?	0	0
Wat is uw laatst gemeten bloeddruk?		
Is de bovendruk meestal tussen 160 en 200?	0	0
Is de onderdruk meestal tussen 95 en 115?	0	0
Is de bovendruk meestal 200 of hoger?	0	0
Is de onderdruk meestal 115 of hoger?	0	0
7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	0	0
Zo ja , bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	0	0
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	0	0

	Ja	Nee
8. Heeft u ooit verlammingen(beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?	0	0
Wisselt u regelmatig van medicijnen?	0	0
Heeft u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	0	0
8.5 Heeft u epilepsie?	0	0
Wisselt u regelmatig van medicijnen?	0	0
Heeft u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	0	0
9. Heeft u astma? Zo ja,	0	0
Gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalaties?	0	0
Bent u nu kortademig?	0	0
10. Heeft u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend?	0	0
11. Zo ja, bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden	0	0
Bent u kortademig bij het aankleden?	0	0
12. Heeft u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of iets anders?	0	0
Zo ja, bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?	0	0
Was het bij uw tandarts?	0	0
Waarvoor bent u allergisch?.....	0	0
13. Heeft u suikerziekte?	0	0
Zo ja, gebruikt u insuline?	0	0
14. Heeft u een schildklierziekte?	0	0
15. Zo ja, is dit een vertraagde functie?	0	0
Is dit een versterkte functie?	0	0
16. Heeft u nu of hebt u in het verleden een leverziekte gehad? Zo ja,	0	0
Heeft u daarvoor dieet of medicijnen?	0	0
17. Heeft u een nierziekte? Zo ja,	0	0
Heeft u nierfunctievervangende behandeling (dialyse)?	0	0
Heeft u een niertransplantaat?	0	0
18. Heeft u nu of ooit een kwaadaardige ziekte(tumor), of bloedziekte gehad?	0	0
Zo ja, welke ziekte?.....	0	0
Bent u onder behandeling?	0	0

- Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? 0 0
19. **Heeft u last van hyperventileren?** 0 0
20. **Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling?** 0 0
21. **Heeft u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)?** 0 0
22. **Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? Zo ja** 0 0
- Voor het hart?..... 0 0
- Loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloed verdunnende middelen? 0 0
- Tegen hoge bloeddruk?..... 0 0
- Aspirine of andere pijnstillers?..... 0 0
- Voor suikerziekte?..... 0 0
- Voor allergie?..... 0 0
- Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? 0 0
- Tegen huid-, darm-, of reumatische ziekten?..... 0 0
- Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?..... 0 0
- Penicilline of antibiotica?..... 0 0
- Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? 0 0
- Andere medicijnen?.....

Graag een overzicht van alle medicijnen die u gebruikt, met de door u gebruikte dosis en frequentie. (hoeveel keer daags)

medicatie	dosis	frequentie

Indien u niet alle medicatie weet, mag u een medicatie lijst van uw apotheek toevoegen.



TANDARTSENPRAKTIJK

Voorbraak & Macville

21. **Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?** 0 0
22. **Heeft u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Zo ja,** 0 0
Welke?
23. **Hoeveel weegt u?.....kg. Hoelang bent u?cm**

Aldus volledig en naar waarheid ingevuld, datum:/ /

Handtekening: