

Medische anamnese

Verklaring verwerking patiënt gegevens:

Voor behandeling in onze praktijk is het noodzakelijk dat wij persoonsgegevens van u verwerken ten behoeve van het patiëntendossier. Ook is het nodig om persoonsgegevens te verstrekken aan derden in het kader van de verwerking van declaraties en techniekwerk en voor zover dit nodig is in het kader van uw behandeling aan andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om u te kunnen behandelen hebben wij uw akkoord hiervoor nodig. Bent u hier mee akkoord:

ja / nee

Verklaring digitale verzending patiënt gegevens:

Ik geef Paro Praktijk Utrecht toestemming dat mijn tandheelkundige gegevens digitaal (via e-mail) verstuurd kunnen worden aan mijn tandarts, mijn mondhygiënist en evt. andere medische professionals om hen zo goed mogelijk over mij en mijn behandeling te informeren.

ja / nee

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim

Binnen onze praktijk proberen we een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te bieden. Verder willen we een kenniscentrum voor onze verwijzers zijn. Wij vragen u daarom formeel toestemming om de gegevens van uw mondonderzoek en het effect van behandeling te mogen gebruiken voor onderwijs en onderzoek. **Dit gebeurt natuurlijk geheel anoniem.** U zou ons, onze verwijzers en andere patiënten daar enorm mee helpen. Bent u hier mee akkoord:

ja / nee

Naam:	_____	E-mail:	_____
Adres:	_____	BSN:	_____
Postcode:	_____	Beroep:	_____
Woonplaats:	_____	Huisarts:	_____
Geb. datum:	_____	Tel. huisarts:	_____

Wilt u s.v.p. bovenstaande gegevens en de gezondheidsvragenlijst (z.o.z.) thuis in alle rust invullen en meenemen bij uw eerste bezoek!

--	--	--

1. **Bent u gezond en voelt u zich dat ook?** ja / nee
Evt. opmerkingen: _____
2. **Bent u op dit moment onder behandeling bij een huisarts of medisch specialist?** ja / nee
3. **Bent u in het afgelopen jaar medisch behandeld?** ja / nee
Zo ja, waarvoor _____
4. **Gebruikt u bisfosfonaten (medicijnen tegen osteoporose) of heeft u deze in het verleden gebruikt?** ja / nee
5. **Is het noodzakelijk dat u een preventieve antibioticum bescherming krijgt bij bloedige ingrepen (bijvoorbeeld bij hartklepafwijkingen of kunstheup)?** ja / nee
6. **Bent u ooit in een ziekenhuis opgenomen geweest?** ja / nee
Zo ja, welk _____ waarvoor _____
7. **Lijdt u (of heeft u geleden) aan één van de volgende aandoeningen?**
- | | | | |
|--|----------|------------------------------|----------|
| Aangeboren of verworven hartafwijking | ja / nee | Epilepsie | ja / nee |
| Hartruis | ja / nee | Geslachtsziekten | ja / nee |
| Klepprothese / klepgebrek / pacemaker | ja / nee | HIV / AIDS | ja / nee |
| Endocarditis | ja / nee | Diabetes (type I of type II) | ja / nee |
| Hartinfarct | ja / nee | Flauwvallen / wegraken | ja / nee |
| Angina Pectoris (pijn / druk op borst) | ja / nee | Geelzucht / Hepatitis | ja / nee |
| Hoge of lage bloeddruk | ja / nee | Tuberculose | ja / nee |
| Nier of lever aandoeningen | ja / nee | Schildklierafwijking | ja / nee |
| Acuut Rheuma | ja / nee | Bent u ooit bestraald | ja / nee |
| Trombose / Longembolie | ja / nee | Osteoporose | ja / nee |
| Beroerte | ja / nee | Allergie | ja / nee |
| Hemofilie (bloedziekte) | ja / nee | Last van vieze smaak of adem | ja / nee |
| Leukemie | ja / nee | Last van een droge mond | ja / nee |
| Bloedarmoede | ja / nee | Overige _____ | ja / nee |
8. **Gebruikt u medicijnen en/of drugs? (voeg bij voorkeur een recente medicatielijst van de apotheek bij)** ja / nee
Zo ja, welke _____ waarvoor _____
_____ aantal mg _____
9. **Heeft u in de afgelopen 3 maanden een antibioticumkuur gebruikt?** ja / nee
10. **Bent u overgevoelig voor één of meer van de volgende middelen?**
- | | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------|----------|
| Verdovingsvloeistof | ja / nee | Aspirine | ja / nee |
| Jodium | ja / nee | Latex | ja / nee |
| Penicillines / antibiotica | ja / nee | Andere middelen _____ | ja / nee |
11. **Wordt u door de trombosedienst gecontroleerd?** ja / nee
12. **Heeft u ooit last gehad van nabloeden na het trekken van tanden of kiezen, operaties of verwondingen?** ja / nee
13. **Heeft u wel eens een abnormale reactie op verdoving gehad?** ja / nee
14. **Heeft u ergens in het lichaam implantaten of een transplantatie?** ja / nee
Zo ja, waar: _____
15. **Is er bij u ooit bloed afgenomen en zijn daar bijzonderheden in gevonden?** ja / nee
Zo ja, wat? _____
16. **Bent u bloeddonor?** ja / nee
Zo ja, wanneer voor het laatst? _____
17. **Rookt u?** ja / nee
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____ hoe lang al? _____ jaar
Zo nee, heeft u ooit gerookt? ja / nee hoe lang bent u al gestopt? _____ jaar
18. **Drinkt u alcohol?** ja / nee
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____
19. **(Vrouwen) Bent u zwanger?** ja / nee
20. **Is er iets uit uw medische voorgeschiedenis dat u nog zou willen vermelden?** ja / nee
Zo ja, dan kunt u dat mondeling toelichten.

Ingevuld te Utrecht d.d. _____ Handtekening _____