

Patiëntgegevens:

Naam:
Adres + Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
Beroep:
Naam huisarts:
Naam Specialist(en):
Naam Apotheek:
Datum:

Algemene vragen:

1. Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad ja/nee
tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Zo ja:
Wat was de aard van de complicaties?
Bij welke arts/tandarts?

2. Hebt u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van ja/nee
medicijnen? Zo ja:
Wat was de aard van de problemen?
Bij welke medicijnen?

Handtekening:

Updating anamnese: *	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:
1. Bent u in het laatste half jaar nog bij een huisarts of specialist geweest? Aard van de klachten	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee
2. Is er in de afgelopen periode iets aan uw gezondheid veranderd?	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee
3. Is er in de afgelopen periode iets aan uw medicatie veranderd?	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee

Medisch risico uit anamnese:	ASA – score	Preventieve maatregelen
1		
2		
3		
4		

* N.B. Indien bij updating verschillende vragen met “ja” worden beantwoord dan een nieuwe gezondheidsvragenlijst afnemen

	JA	NEE	ASA		JA	NEE	ASA		JA	NEE	ASA
1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja, Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? Hebt u pijn op de borst in rust? Zijn uw klachten recent toegenomen?	0	0	II	8. Hebt u epilepsie? Zo ja, Wisselt u regelmatig van medicijnen? Hebt u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	0	0	III				
2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja, Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	0	0	III	9. Hebt u astma? Zo ja, Gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalaties? Bent u nu kortademig?	0	0	IV				
3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? Hebt u een kunsthartklep? Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan? Hebt u een pacemaker? Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0	II	10. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja, Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? Bent u kortademig bij het aankleden?	0	0	IV				
4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkoppelingen? Zo ja, Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	0	0	II	11. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of iets anders? Zo ja, Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis? Was het bij uw tandarts? Waarvoor bent u allergisch?	0	0	III				
5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja, Wordt u bij platliggen kortademig? Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	0	0	II	12. Hebt u suikerziekte? Zo ja, Gebruikt u insuline? Bent u vaak 'ontegeld' (hypo-/hyperglycaemie)?	0	0	II				
6. Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad, Zo ja, Wat is uw laatste gemeten bloeddruk?	0	0	II	13. Lijdt u aan een schildklierziekte? Zo ja, Is dit een vertraagde functie? Is dit een versterkte functie?	0	0	II				
Is uw bloeddruk meestal tussen 160 en 200? Is uw bloeddruk meestal tussen 95 en 115? Is uw bloeddruk meestal 200 of hoger? Is uw bloeddruk meestal 115 of hoger?	0	0	III	14. Hebt u nu of hebt u in het verleden een leverziekte gehad? Zo ja, Hebt u daarvoor diët of medicijnen?	0	0	II				
7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja, Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen? Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	0	0	II	15. Hebt u een nierziekte? Zo ja, Hebt u nierfunctievervangende behandeling (dialyse)? Hebt u een niertransplantaat?	0	0	II				
	0	0	III		0	0	III				
	0	0	III		0	0	IV				
				16. Hebt u nu of hebt u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor), of bloedziekte gehad? Zo ja, Welke?	0	0	III				
				Bent u onder behandeling?	0	0	III				
				Bent u bestraald voor een tumor of gezwell aan hoofd of hals? Zo ja, Wanneer?	0	0	IV				
				17. Hebt u last van hyperventileren?	0	0	II				
				18. Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling	0	0	II				
				19. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?	0	0	II				
				- voor het hart?	0	0					
				- loopt u bij de trombosediens 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, verdovende middelen?	0	0					
				- gebruikt u drugs?	0	0					
				- andere medicijnen?	0	0					
				20. Hebt u voor tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	0	0	II				
				21. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?	0	0	II				