**Tandartsenpraktijk Epe - Medische Anamnese**

Naam:

Geboortedatum: BSN:

Adres: Postcode/Woonplaats:

Telefoon: Beroep:

Email:

Huisarts: Specialist:

Verzekering: Verzekeringsnummer:

**Omcirkelen wat van toepassing is en eventueel aanvullen met de vraag er achter.**

Is er de afgelopen maanden iets veranderd aan uw gezondheid? J/N Zo ja, wat?

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? J/N Zo ja, waarvoor .................

Bentu ergens allergisch voor? J/N Zo ja, waarvoor .................

Heeft u een hartinfarct gehad? J/N

Heeft u last van hartkloppingen? J/N

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? J/N Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk?

 Bovendruk: ........ Onderdruk: ..........

Heeft u pijn op de borst bij inspanningen en/of emoties? J/N

Wordt u kortamdemig als u plat in bed ligt? J/N

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? J/N

Heeft u een(aangeboren) hartafwijking? J/N

Heeft u een pacemaker (of ICD)? J/N

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische

behandeling? J/N

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? J/N

Heeft u een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? J/N Zo ja, wanneer .................

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? J/N Zo ja, welke ......................

Heeft u suikerziekte? J/N Zo ja, gebruikt u insuline? J/N

Heeft u bloedarmoede? J/N

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van

tanden/kiezen of na operatie of verwonding? J/N

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? J/N Zo ja, welke ....................

Heeft u een nierziekte? J/N

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? J/N

Heeft u een kunstgewricht? J/N

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? J/N

Rookt u? J/N Zo ja, hoeveel?

Vouwen: Bent u zwanger? J/N

Heeft een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? J/N Zo ja, welke?

Gebuikt u momenteel medicijnen? J/N Zo ja, welke? ....................................

Medicijnen: J ..........................................................

Medicijnen: J ..........................................................

Medicijnen: J ..........................................................

Medicijnen: J ..........................................................

Datum: ............................................... Handtekening ..................................................................

**Toestemmingsformulier**

Ik geef Tandartsenpraktijk Epe toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de

te verlenen mondzorg. Deze toestemming omvat mede het:

I verwerken van persoonsgegevens in het patiëntendossier ;

II verstrekken van persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van declaraties;

III verstekken van persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, indien nodig in het kader van mijn behandeling.

Datum: ............................................... Handtekening ..................................................................