



Medische Anamnese

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?

Zo ja, wat?

2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?

Zo ja, waarvoor?

3. Bent u ergens allergisch voor?

Zo ja, waarvoor?

4. Heeft u een hartinfarct gehad?

Zo ja, wanneer?

5. Heeft u last van hartkloppingen?

6. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?

Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk?

Onderdruk:

Bovendruk:

7. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?

8. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?

9. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?



ja

nee

10. Heeft u een (aangeboren) hartafwijking?

11. Heeft u een pacemaker (of ICD)?

12. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?

13. Heeft u epilepsie, vallende ziekte?

14. Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?

15. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?

16. Heeft u suikerziekte?

Zo ja, gebruikt u insuline?

17. Heeft u bloedarmoede?

18. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?

19. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?

20. Heeft u een nierziekte?

21. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?

22. Heeft u een kunstgewricht?

23. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?

24. Rookt u?

Zo ja, hoeveel?

25. Vrouwen: bent u zwanger?

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?



ja

nee

26. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?

Zo ja, welke?

27. Gebruikt u momenteel medicijnen?

Zo ja, welke?

Datum

Handtekening

svp alle velden invullen

de ingevulde gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld
en worden niet aan derden verstrekt zonder uw uitdrukkelijke toestemming