

# MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Naam \_\_\_\_\_ Roepnaam \_\_\_\_\_ Leeftijd \_\_\_\_\_

Naam huisarts \_\_\_\_\_

Recent bezoek specialist: ja/nee \_\_\_\_\_ Reden \_\_\_\_\_

Hoe is uw algemene gezondheid: Perfect. Goed Oke Slecht

## HEBT U of BENT U OOK:

1. Opgenomen geweest in een ziekenhuis \_\_\_\_\_
2. Allergische reactie gehad op:
  - pijnstilling \_\_\_\_\_
  - antibiotica \_\_\_\_\_
  - verdoving \_\_\_\_\_
  - fluoride \_\_\_\_\_
  - metalen (zoals nikkel, goud, zilver.) \_\_\_\_\_
  - latex \_\_\_\_\_
  - noten \_\_\_\_\_
  - fruit \_\_\_\_\_
  - anderen \_\_\_\_\_

3. Hart problemen, stent geplaatst, gedotterd in de afgelopen 6 maanden \_\_\_\_\_
4. Geschiedenis van endocarditis \_\_\_\_\_
5. Kunstklep of een gerepareerde hartklep \_\_\_\_\_
6. Pacemaker of geïmplanteerde defibrillator \_\_\_\_\_
7. Gewrichtsprothese \_\_\_\_\_
8. Rheuma \_\_\_\_\_
9. Hoge of lage bloeddruk Bovendruk Onderdruk \_\_\_\_\_
10. Hersenbloeding (bloedverdunders) \_\_\_\_\_
11. Ijzertekort of andere bloedziekte \_\_\_\_\_
12. Verlengde bloedingstijd (INR > 3.5) \_\_\_\_\_
13. Longemfyseem, kortademigheid, sarcoïdose \_\_\_\_\_
14. Tuberculose, mazelen, waterpokken \_\_\_\_\_
15. Asthma \_\_\_\_\_
16. Ademhalings- en of slaapproblemen (bijv. sleep apneu, snurken, langdurig verstopte neusbijholten) \_\_\_\_\_
17. Nierziekten \_\_\_\_\_
18. Leverziekten \_\_\_\_\_
19. Geelzucht \_\_\_\_\_
20. Schilderklierziekten, calcium tekort \_\_\_\_\_
21. Hormoonproblemen \_\_\_\_\_
22. Hoog cholesterol of medicatie voor cholesterol problemen \_\_\_\_\_
23. Diabetes (type) \_\_\_\_\_
24. Maagproblemen/maagzweer \_\_\_\_\_
25. Stofwisselingsproblemen (bijv. coeliakie, maagzuur/reflux) \_\_\_\_\_

## JA NEE

26. Osteoporose/osteopenie (gebruik van bisphosphonaten) \_\_\_\_\_
27. Arthrose/arthritis \_\_\_\_\_
28. Auto-immuunziekten (Rheumatoïde arthritis, lupus, huidziekten) \_\_\_\_\_
29. Glaucoom \_\_\_\_\_
30. Contact lenzen/gehoor appar at \_\_\_\_\_
31. Hoofd- en/of nekbleures \_\_\_\_\_
32. Epilepsie \_\_\_\_\_
33. Neurologische ziekten (ADD/ADHD) \_\_\_\_\_
34. Virale infecties \_\_\_\_\_
35. Zwellingen en/of bobbeltjes in de mond \_\_\_\_\_
36. Netelroos, huiduitslag, hooikoorts \_\_\_\_\_
37. Soa's \_\_\_\_\_
38. Hepatitis (type) \_\_\_\_\_
39. HIV / AIDS \_\_\_\_\_
40. Tumoren \_\_\_\_\_
41. Bestraling \_\_\_\_\_
42. Chemotherapie, immuunonderdrukkende medicatie \_\_\_\_\_
43. Emotionele uitdagingen \_\_\_\_\_
44. Psychiatrische behandeling \_\_\_\_\_
45. Antidepressiva \_\_\_\_\_
46. Alcohol/recreatief drugsgebruik \_\_\_\_\_

## JA NEE

## BENT U , HEEFT U of NEEMT U:

47. Momenteel onder behandeling voor een ziekte \_\_\_\_\_
48. Zich bewust van fysieke veranderingen (ziekte) in de afgelopen 24 uur (bijv. koorts, rillingen, hoest, diarree, herpes) \_\_\_\_\_
49. Medicatie voor uw gewicht \_\_\_\_\_
50. Dieet-/ voedingssupplementen \_\_\_\_\_
51. Vaak moe of uitgeput \_\_\_\_\_
52. Vaak hoofdpijn \_\_\_\_\_
53. Roker, voormalig roker \_\_\_\_\_
54. Prikkelbaar persoon \_\_\_\_\_
55. Vaak ongelukkig en/of depressief \_\_\_\_\_
56. Anticonceptie pillen \_\_\_\_\_
57. Zwanger \_\_\_\_\_
58. Prostaat problemen \_\_\_\_\_

Beschrijf hier uw actuele medicatie, operaties of andere behandeling die mogelijk uw tandheelkundige behandeling kan beïnvloeden. (bijv. Botox, collageen injecties)

Lijst van alle medicatie, supplementen en/of vitamines die u de laatste 2 jaar neemt/heeft genomen

Medicijn	Reden	Medicijn	Purpose
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VOOR HET MEEST VOORSPELBAAR RESULTAAT: HOUDT U ONS ALSTUBLIEFT OP DE HOOGTE MOCHTEN ER IN DE TOEKOMST VERANDERINGEN ZIJN IN UW MEDISCHE BEHANDELINGEN EN/OF MEDICATIE.

Handtekening patiënt \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Handtekening tandarts \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

