

Betreft : Medische en tandheelkundige fiche

Geachte,

Alvorens wij uw tandheelkundige behandeling kunnen starten, moeten wij op de hoogte zijn van uw algemene gezondheidstoestand. Zo kunnen wij het risico op verwickelingen verkleinen. Bovendien is dit van belang voor onze beroepsaansprakelijkheid en wegens de privacywetgeving. Hierbij geeft u ons de toestemming om uw medische informatie en radiologische beelden te delen in het kader van uw medische verzorging.

Mogen wij u dan ook vriendelijk vragen deze vragenlijst naar eer en geweten zo nauwkeurig mogelijk in te vullen en op het einde uw naam en datum te herhalen ter bevestiging.

Dank voor uw medewerking,
Tandartspraktijk Alldental

Naam	
Voornaam	
Geboortedatum	
Beroep	
Adres : Straat +huisnr /bus	
Postcode /Stad	
Land	
Gsm nummer	
Tweede Gsm / tel	
E-mail	
Huisarts : naam	
Andere behandelende arts	

- - Hoe heeft u de praktijk leren kennen?
 - Vrienden/familie O Internet O Doorverwijzing O Andere:

• Hierbij geeft de patiënt de toestemming voor gebruik van klinische en radiologische beelden voor educatieve doeleinden aan de tandarts.

- Ja /Neen

Huidige medische achtergrond

Corona Anamnese

- Hebt u koorts gehad gedurende de voorbije 14 dagen?
 - Ja /Neen
 - Hebt u moeten hoesten of ademhalingsproblemen gehad gedurende de voorbije 14 dagen?
 - Ja /Neen
 - Heeft u de laatste tijd zich ziek gevoeld ?
 - Ja / Neen
 - Beschrijf :
 - Bent u in contact geweest met een bevestigde corona-patiënt?
 - Ja / Neen
-

- Datum :
- Bent u in nauw contact geweest met personen met symptomen van koorts, hoesten of ademhalingsproblemen?
 - Ja / Neen
 - Datum :
- Heeft u reeds een besmetting met het coronavirus doorgemaakt ?
 - Ja / Neen
 - Datum:
 - Getest op corona ?
 - Getest op immuniteit ?

Wij zullen eventueel in de praktijk uw temperatuur meten met een voorhoofdstermometer. Ongeacht hiervan bent u verplicht uw temperatuur thuis te meten en ons mee te delen.

Algemene Medische anamnese

- | | | | |
|--|------------------------------------|-----------|-------------|
| 1/ Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanningen?
(angina pectoris)? | Zo ja, | Ja | Neen |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | | Ja | Neen |
| Hebt u pijn op de borst in rust? | | Ja | Neen |
| Zijn uw klachten recent toegenomen? | | Ja | Neen |
| | | | |
| 2/ Heeft u reeds een hart-of herseninfarct gehad? Zo ja, | | Ja | Neen |
| Datum : | | | |
| | | | |
| 3/ Heeft u ooit een hartkwaal/hartgeruis/hartklepgebrek gehad ? | | Ja | Neen |
| Heeft u een kunsthartklep? | | Ja | Neen |
| Heeft u tijdens de voorbije 6 md een hart-of vaatoperatie gehad? | | Ja | Neen |
| Heeft u reeds een hartinfectie gehad (endocarditis/ myocarditis) | | Ja | Neen |
| | | | |
| 4/ Heeft u een verhoogde bloedingsneiging? Zo ja, | | Ja | Neen |
| | | | |
| 5/ Heeft u allergieën? Zo ja, | | | |
| Latex | | Ja | Neen |
| Penicilline | | Ja | Neen |
| Algemene allergieën (huisstofmijt, pollen,...) | | Ja | Neen |
| Andere | | | |
| | | | |
| 6/ Heeft u reeds een kwaadaardige tumor of leukemie gehad? | | Ja | Neen |
| Operatieve behandeling | | ja | Neen |
| Bestraling ? | | ja | Neen |
| Regio hoofd en hals ? | | ja | Neen |
| • Neemt u medicatie hiervoor ? naam medicatie _____ | | | |
| ○ via insputingen ? hoeveel _____ | | | |
| ○ Pilletjes via de mond ? hoeveel _____ | | | |
| | | | |
| 7/ Heeft u osteoporose ? | | ja | Neen |
| • Neemt u medicatie hiervoor | | ja | Neen |
| | ○ Naam medicatie _____ | | |
| | ○ Via insputingen: hoeveel ? _____ | | |
| | ○ Via de Mond Hoeveel ? _____ | | |
| | | | |
| 8/ Heeft u een van onderstaande medische problemen? | | Ja | Neen |
| Epilepsie | | Ja | Neen |
| Diabetes-Suikerziekte & zo ja is diabetes momenteel onder controle? | | Ja | Neen |
| Hepatitis : Welke : A / B / C | | Ja | Neen |
| Aids | | Ja | Neen |
| Seropositief ? | | Ja | Neen |
| Andere ?..... | | | |
| | | | |
| 9/ Gebruikt u op dit moment medicijnen : | | | |
| • - voor het hart? | | Ja | Neen |
| • - gebruikt u bloed-verdunnende middelen? | | Ja | Neen |
| • - tegen hoge bloeddruk? | | Ja | Neen |
| • - aspirine of andere pijnstillers | | Ja | Neen |
| - andere?..... | | Ja | Neen |

- 10/ Bestaat er kans dat u zwanger bent ? Ja Neen
- 11/ Rookt u **Ja Neen**
 Hoeveel rookt u ? minder dan 5 / tussen 5 en 10 / meer dan 10
 Heeft u in verleden gerookt Ja Neen

Tandheelkundige Anamnese

Reeds patiënt	
Nieuwe patiënt	
Laatste bezoek bij tandarts : datum	

- Hoe vaak poetst u uw tanden ? 1x per dag/ 2x per dag / 3 x per dag
- Heeft u reeds medische problemen gehad bij de tandarts, tijdens of na een behandeling?
 - JA NEEN
 - Zo ja : welke
- Heeft u allergische reacties gehad tegen producten die de tandarts gebruikte verdovingsmiddelen, latex,...)?
 - JA NEEN
 - Zo ja : waarvoor en wat waren de symptomen
- Heeft u soms last van bloedend tandvlees ?
 - JA NEEN
 - Zo ja : wanneer
- Onderging u reeds een parodontale behandeling ?
 - JA NEEN
- Heeft u soms last van een slechte adem ?
 - JA NEEN
- Heeft u last van gevoelig tanden bij warmte en koude ?
 - JA NEEN
- Heeft u ooit een orthodontische behandeling gekregen (beugel/blokjes) ?
 - JA NEEN
- Knarsetandt u ('s nachts) ?
 - JA NEEN
- Heeft u soms pijn ter hoogte van uw kaakgewricht ?
 - JA NEEN
- Andere opmerkingen
-
-
-

Wij verzoeken u ons op de hoogte te houden van iedere verandering in uw medische toestand.

Gelezen en goedgekeurd,

Datum :

Handtekening :