

Patiëntgegevens:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Mobiel: _____

Emailadres: _____

Geboortedatum: _____

Beroep: _____

Naam huisarts: _____

Naam evt. specialisten: _____

Naam apotheek: _____

Gebruikt u medicatie? S.V.P. een medicijnlijst van de apotheek bijvoegen.

Machtiging tot het opvragen van gegevens bij huisarts, specialist en apotheek*

Datum: _____

Handtekening: _____

**Doorhalen wat niet van toepassing is*

Algemene vragen:

1. Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Ja/ Nee

Wat was de aard van de complicaties? _____

Bij welke arts/tandarts? _____

2. Hebt u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Ja/ Nee

Wat was de aard van de problemen? _____

Bij welke medicijnen? _____

| Medische risico uit anamnese: | ASA score: | Preventieve maatregelen: |
|-------------------------------|------------|--------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

| | 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, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 8. Hebt u ooit verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 17. Hebt u nu of heeft u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor), of bloedziekte gehad? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Hebt u nu tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Welke? | | | |
| Hebt u ook klachten in rust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Bent u onder behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III |
| Zijn uw klachten recent toegenomen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | 9. Hebt u epilepsie? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of de hals? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV |
| 2. Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Wisselt u regelmatig van medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Wanneer? | | | |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | 18. Hebt u last van hyperventileren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | 10. Hebt u astma? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 19. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| 3. Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Hebt u daar nu last van? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | 20. Hebt u een bloedarmoede met klachten (moe, duizelig)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| Hebt u een kunsthartklep? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 11. Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 21. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Voor het hart? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hebt u een pacemaker? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Bent u kortademig bij het aankleden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdunnende middelen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | 12. Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of iets anders? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Tegen hoge bloeddruk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Aspirine of andere pijnstillers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Was het bij u tandarts? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Tegen suikerziekte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Waarvoor bent u allergisch? | | | | Tegen een allergie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Hebt u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 13. Hebt u suikerziekte? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wordt u bij platliggen kortademig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Gebruikt u insuline? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Tegen huid- darm- of reumatische ziekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Slaapt u met meer dan twee kussens, omdat u anders kortademig wordt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Medicijnen tegen kanker of bloedziekten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad? Zo ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 14. Hebt u een schildklierziekte? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Penicilline of antibiotica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Is dit een vertraagde functie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Is dit een versterkte functie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Rookt u? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Is de bovendruk meestal 200 of hoger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | 15. Hebt u nu een leverziekte of hebt u deze in het verleden gehad? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Gebruikt u drugs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Is uw onderdruk meestal 115 of hoger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Andere medicijnen? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Is bij u een bloedingneiging vastgesteld? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | Hebt u daarvoor een levertransplantaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | <u>S.V.P. een medicijnlijst van de apotheek bijvoegen.</u> | | | |
| Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | 16. Hebt u een nierziekte? Zo ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II | 22. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| Krijgt u zonder stoten blauwe plekken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | Ondergaat u een nierfunctievervangende behandeling (dialyse)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | III | Wanneer bent u uitgerekend? | | | |
| | | | | Hebt u een niertransplantaat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV | 23. Hebt u een ziekte waar niet naar is gevraagd? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | Welke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | 24. Hebt u voor tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| | | | | | | | | Heeft u een gewrichtsprothese? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | Waar? | | | |
| | | | | | | | | Sinds wanneer? | | | |
| | | | | | | | | 25. Heeft u last van botontkalking? Zo ja, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | II |
| | | | | | | | | Bent u hiervoor onder behandeling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | Gebruikt u hiervoor medicatie? (bisfosfonaten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IV |