

ANAMNESE FORMULIER

	JA/NEE	ASA
Naam en voornaam: Huisarts		
EMAIL: GSM:..... ROKER: ja/nee		
1. Heeft U pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, Heeft U uw levensritme moeten veranderen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Zijn uw klachten recentelijk verergerd?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Heeft U dit knellend gevoel ook bij rust?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
2. Heeft U reeds een hart- of herseninfarct gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, Heeft U momenteel nog problemen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U tijdens de voorbije 6 maanden nog een infarct gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
3. Heeft U ooit een hartkwaal/ hartgeruis/ hartklepgebrek gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Heeft U een kunsthartklep of kunstheup?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U tijdens de voorbije 6 maanden een hart- of vaatoperatie gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U reeds een hartinfectie gehad (endocarditis/myocarditis)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U reeds acute hartcomplicaties gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Zo ja,welke.....		
4. Heeft U hartritmestoornissen bij rust?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja,	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Dient U te gaan zitten, te rusten of te gaan liggen bij deze ritmestoornissen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Heeft U last van kortademigheid bij het slapen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
5. Heeft U het moeilijk om lang te blijven neerliggen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja,	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U last van kortademigheid bij het neerliggen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Dient U zich bij het slapen wat hoger te leggen om beter te kunnen ademen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
6. Heeft U een verhoogde bloeddruk?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Is de bovendruk meestal tussen 160 en 200 ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Is de onderdruk meestal tussen 95 en 112 ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
7. Heeft U een verhoogde bloedingsneiging?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, Blijft U bij een kwetsuur of na een operatie langer dan 1 uur nabloeden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U last van spontane, onderhuidse bloeditstoringen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
8. Lijdt u aan epilepsie?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, Zijn uw klachten recentelijk verergerd?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Wisselt u regelmatig van medicijnen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Heeft U ondanks uw medicijnen nog regelmatig aanvallen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV

	JA/NEE	ASA
9. Heeft U last van astma?		
Zo ja,	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Heeft U vandaag last bij het ademen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
10. Heeft U andere longkwalen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Zo ja, Bent U kortademig bij het traplopen na ongeveer 20 treden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Bent U kortademig wanneer U zich aankleedt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
11. Heeft U reeds allergisch gereageerd bij contact met tandheelkundige producten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Reageert U tegen bepaalde producten zoals jodium, rubber, latex, pleisters, antibiotica ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Zo ja, Kreeg U deze reactie tijdens uw tandartsenbezoek.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
Aan welke producten bent U allergisch?..(bv latex, bisulfiet).....		
12. Lijdt U aan suikerziekte?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja Gebruikt U insuline ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Is de diabetes onder controle?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
13. Heeft U problemen met de schildklier?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja,	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft de schildklier een vertraagde functie ?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Heeft de schildklier een versterkte functie?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
14. Heeft U een leverziekte?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, welke	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Langer dan 6 maanden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Heeft u daarvoor een dieet of medicijnen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
15. Heeft U nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja,	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Gaat U naar de nierdialyse?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Heeft U niertransplantatie gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
16. Heeft U reeds een kwaadaardige ziekte gehad of een bloedziekte gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, Welke?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft u hiervoor medicamenteuze of operatieve behandeling gehad?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> III
Werd er in het hoofd- of halsgebied reeds een tumor bestraald?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> IV
Wanneer werd u bestraald?.....		

	JA/NEE	ASA
17. Heeft U momenteel een besmettelijke ziekte?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> I
Zo ja, welke? (Bv: koortsblaasjes, bloedziekte,...)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
18. Heeft U last van hyperventilatie?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
19. Bent U ooit flauw gevallen tijdens een medische of tandheelkundige behandeling?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
20. Heeft u voor een tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
21. Gebruikt U momenteel medicijnen?		
Voor het hart?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Bloedverdunners?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Tegen hoge bloeddruk?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Aspirine of andere pijnstillers?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Tegen allergie?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Voor suikerziekte?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Tegen het afstoten van een transplantaat?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Prednisone, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Tegen aandoeningen van de huid, de ingewanden of gewrichten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Tegen kanker of bloedziekte?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Antibiotica?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Heeft U reeds stimulerende middelen gebruikt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
Andere medicijnen? Zo ja, welke		
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
22. Heeft u last van osteoporose?		
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
23. Bent u zwanger?		
	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> II
24. Andere opmerkingen?		
WIJ VERZOEKEN U ONS OP DE HOOGTE TE HOUDEN VAN IEDERE VERANDERING IN UW MEDISCHE TOESTAND		
Datum:.....	Handtekening:.....	