

## Gezondheidsvragenlijst JEUGD Tandartspraktijk Verhagen

Achternaam en voorletters		Roepnaam	
Geboortedatum			
Adres			
PC-woonplaats			
Telefoon thuis		Telefoon mobiel O vader O moeder	06-
Email			
Huisarts			

Aan de hand van dit anamneseformulier wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen, die uw mondgezondheid kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandeling of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Aan de hand van de vragenlijst kan de behandelaar het medisch risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling.

**Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden uiteraard strikt vertrouwelijk behandeld.**

**Omcirkel** bij de volgende vragen **het antwoord** dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd?	JA	NEE	Zo ja, wat?
Is uw kind onder behandeling bij huisarts of medisch specialist	JA	NEE	Zo ja, waarvoor? Naam en telefoon van arts/specialist
Is uw kind ergens allergisch voor?	JA	NEE	Zo ja, waarvoor?
Heeft uw kind een (aangeboren) hartafwijking?	JA	NEE	
Is uw kind ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	JA	NEE	
Heeft uw kind epilepsie, vallende ziekte?	JA	NEE	
Heeft uw kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	JA	NEE	
Heeft uw kind suikerziekte?	JA	NEE	Zo ja, gebruikt uw kind O insuline O tabletten O dieet?
Heeft uw kind bloedarmoede?	JA	NEE	
Heeft uw kind wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	JA	NEE	
Heeft uw kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?	JA	NEE	
Heeft uw kind een nierziekte?	JA	NEE	
Heeft uw kind problemen met de voeding en/of maagdarmklachten?	JA	NEE	
Is uw kind vaak angstig of heel druk?	JA	NEE	
Heeft uw kind een handicap?	JA	NEE	Zo ja, welke?
Volgt uw kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf?	JA	NEE	Zo ja, welk?

**Ga verder op de volgende pagina / achterkant**

Is uw kind onder behandeling bij een psycholoog of psychiater voor bijvoorbeeld Ad(H)D of autisme?	<b>JA</b>	<b>NEE</b>	Zo ja, gebruikt uw kind hiervoor <input type="radio"/> medicatie <input type="radio"/> dieet <input type="radio"/> geen van beide
Heeft uw kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	<b>JA</b>	<b>NEE</b>	Toelichting
<b>Gebruikt uw kind momenteel medicijnen?</b> Zo ja, vermeld welke medicijnen dit zijn	<b>JA</b>	<b>NEE</b>	Wij ontvangen graag een lijst van uw apotheek

*Enkele aanvullende vragen over poetsgedrag en mondhygiëne*

Poetst uw kind dagelijks	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> poetst niet dagelijks
Poetst uw kind	<input type="radio"/> elektrisch <input type="radio"/> met de hand
Hoeveel keren drinkt uw kind frisdrank per dag? Zoals - cola - sinas - dubbelfris - ice tea - multivitamine - drinkyoghurt - ranja	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – meer dan 8
Hoeveel snoepmomenten heeft uw kind per dag?	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – meer dan 8

*Heeft u verder iets te melden waarvan u denkt dat dit belangrijk is voor uw tandarts dan kan dit hieronder*

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_