

Naam: _____ Geboortedatum: ____ - ____ - ____ man/vrouw PatiëntCode: _____

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen de mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan een tandheelkundige behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. De gegevens van uw kind worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle/de schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Nee of Ja).

- | | | |
|--|-----|-------------------------------------|
| Is het kind onder behandeling bij de huisarts of medisch specialist? | Nee | Ja -> waarvoor? |
| Is het kind ergens allergisch voor? | Nee | Ja -> waarvoor? |
| Heeft het kind een aangeboren hartafwijking? | Nee | Ja -> waarvoor? |
| Heeft het kind epilepsie, vallende ziekte? | Nee | Ja |
| Heeft het kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest | Nee | Ja |
| Heeft het kind suikerziekte? | Nee | Ja -> gebruikt het insuline? ja/nee |
| Heeft het kind bloedarmoede? | Nee | Ja |
| Heeft het kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad) | Nee | Ja |
| Heeft het kind een nierziekte? | Nee | Ja |
| Heeft het kind problemen met de voeding en/of maag-darmklachten? | Nee | Ja |
| Is het kind vaak angstig of heel erg druk? | Nee | Ja |
| Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf? | Nee | Ja |
| Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | Nee | Ja -> welke? |
| Gebruikt het kind momenteel medicijnen? | Nee | Ja -> welke? |

Datum:

Naam ouder/verzorger:

Handtekening: _____