

Medische anamnese

Gebruikt u medicijnen?	Nee	Ja
welke:		
Gebruikt u antibiotica?	Nee	Ja
Gebruikt u bloedverdunners?	Nee	Ja
welke:		
Bent u bekend bij de trombosedienst?	Nee	Ja
Ben u ergens allergisch voor?	Nee	Ja
Voor wat:		
Heeft u last van afwijkende bloeddruk?	Nee	hoog/laag
Heeft u hartklachten?	Nee	Ja
Heeft u bescherming (profylaxe) nodig? ten behoeve van een kunstgewricht of protese	Nee	Ja
Heeft u last van epileptische aanvallen?	Nee	Ja
Heeft u Cara (bv astma)	Nee	Ja
Lijdt u aan suikerziekte?	Nee	Ja
Heeft u een bloedziekte? (bv: leukemie, hemofilie, hepatitis, HIV)	Nee	Ja
Heeft u problemen ervaren na een verdoving?	Nee	Ja
Bijzonderheden:		

Emailadres:

Telnr:

Voor akkoord privacyverklaring en het doorsturen van uw gegevens naar eigen tandarts.

Naam:

Datum: