



## AANMELDINGSFORMULIER VOOR TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

Naam + voorletters patiënt: ..... M / V

Geboortedatum: ..... Lengte: ..... Gewicht: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

E-mail adres: .....

Telefoon thuis: ..... Mobiel: .....

Verzekeringsnummer: ..... Verzekeraar: .....

BSN nummer: .....

Naam huisarts: ..... Tel. nummer: .....

### Akkoordverklaring: (in te vullen door ouders, voogd of wettelijke vertegenwoordigers)

Ondergetekende, .....  
verklaart in te stemmen met tandheelkundige behandeling onder algehele narcose van bovengenoemde patiënt in het  
CBT Midden-Brabant te Ulvenhout en, indien nodig, het opvragen van medische gegevens bij tandarts, huisarts of specialist.

Datum: ..... Plaats: ..... Handtekening: .....

**De ingevulde formulieren graag meenemen naar het intake gesprek. Tijdens de intake zal er geen behandeling plaatsvinden.**



HKZ gecertificeerd



Uw tandarts staat  
geregistreerd bij



**VRAGENLIJST ANESTHESIE**

**Anesthesiologen:**

- Frans W. van Alphen
- Collin R. Bello
- Jelmer Bergsma
- Lennart Klompe
- Jacomar van Koesveld
- Dr. Marjolein C.O. van den Nieuwenhuyzen
- Frodo A.G. Schreiner
- Corina S. Sie
- Frank A. Verhoeven

**Datum:** .....

<b>Patiëntengegevens:</b>		<b>Geboortedatum:</b>	
Naam:	M / V	Lengte:	Gewicht:
Adres:		BMI:	
Plaats:		Pols:	RR:
Contactpersoon:		Tel.:	

**1. Indien u eerder narcose heeft gehad, wanneer en voor welke ingreep?**

Jaar: ..... operatie: .....

Jaar: ..... operatie: .....

Jaar: ..... operatie: .....

Jaar: ..... operatie: .....

**2. Zo ja, waren er problemen bij de narcose?**

Ja /  Nee

- Misselijkheid en/of braken
- Moeizaam wakker worden en/of langdurige spierzwakte
- Keelpijn en/of tandbreuk
- Andere problemen: .....

**3. Zijn er bij familieleden ooit complicaties geweest tijdens of na een narcose?**

Ja /  Nee

Zo ja, welke complicaties, anders dan misselijkheid en braken?

.....

.....

**4a. Bent u momenteel onder behandeling bij een arts/specialist?**

Ja /  Nee

Zo ja, welke arts en waarvoor?

.....

.....

**4b. Zijn er bijzonderheden op het**

Ja /  Nee

**Consultatie Bureau (geweest)?** Zo ja, welke?

.....

.....





## VRAGENLIJST ANESTHESIE

### 5. Zijn er speciale omstandigheden die van invloed kunnen zijn op narcose?

Ja /  Nee

- |  |          |          |            |
|--|----------|----------|------------|
| <input type="checkbox"/> Verstandelijke handicap | Geen     | Matig    | Ernstig    |
| <input type="checkbox"/> Syndroom van            | Geen     | Down     |            |
| <input type="checkbox"/> Mobiliteit              | Ambulant | Rolstoel | Bedlegerig |
| <input type="checkbox"/> Coöperatie              | Goed     | Matig    | Slecht     |
| <input type="checkbox"/> Gedrag                  | Rustig   | Verbaal  | Agressief  |

### 6. a) Gebruikt u medicijnen?

Ja /  Nee

Zo ja, welke en wat is de dosering?

.....

.....

### 6. b) Gebruikt u bloedverdunders? (bijv. Ascal, Aspirine, Sintrom, Marcoumar, Persantin, Plavix, Clopidogrel, Eliquis, Xarelto, Pradaxa)

Ja /  Nee

### 6. c) Bent u onder controle van de trombosedienst?

Ja /  Nee

### 6. d) Heeft u het afgelopen jaar een prednisonkuur gebruikt?

Ja /  Nee

### 7. Heeft u een allergie of bent u gevoelig voor:

Ja /  Nee

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotica        | <input type="checkbox"/> Latex/rubber |
| <input type="checkbox"/> Verdovingsmiddelen | <input type="checkbox"/> Soja         |
| <input type="checkbox"/> Jodium             | <input type="checkbox"/> Fruit        |
| <input type="checkbox"/> Pleisters          | <input type="checkbox"/> Hooikoorts   |

### 8. Heeft u abnormale bloedings- of stollingsneiging?

Ja /  Nee

Zo ja, hoe komt dat?

.....

.....

### 9. Heeft u hart- of vaatproblemen?

Ja /  Nee

- Hoge bloeddruk
- Hartritmestoornissen  Altijd /  Soms
- Kortademigheid en/of beklemd gevoel op de borst.  In rust /  Bij inspanningen
- Pacemaker. Sinds wanneer? .....
- Hartfalen
- Doorgemaakt hartaanval of infarct. Wanneer? .....





## VRAGENLIJST ANESTHESIE

### 10. Heeft u longproblemen?

Ja /  Nee

- Astma
- COPD (chronische bronchitis, emfyseem)
- Longembolie
- Puff  indien nodig  Dagelijks
- Herhaaldelijk longontstekingen
- Verslikproblemen

### 11. Heeft u neurologische klachten?

Ja /  Nee

- Epilepsie
- Doorgemaakte TIA, beroerte of hersenbloeding
- Andere ziekte(n) van het zenuwstelsel: .....

### 12. Heeft u mond of keel-neus-oor problemen?

Ja /  Nee

- Snurken
- Stokkende ademhaling tijdens de slaap / OSAS. Zo ja, gebruikt u  Cpap of  MRA-beugel
- Moeite met volledig openen van de mond, slechts ..... cm.
- Loszittende gebitselementen
- Anders, nl.: .....

### 13. Heeft u een interne ziekte?

Ja /  Nee

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte      | <input type="checkbox"/> Bijnieraandoening                                    |
| <input type="checkbox"/> Schildklierziekte | <input type="checkbox"/> Besmettelijke ziekte                                 |
| <input type="checkbox"/> Nierfalen         | <input type="checkbox"/> Maagzuur, zuurbranden, onafhankelijk van de maaltijd |
| <input type="checkbox"/> Leverfalen        | <input type="checkbox"/> Anders, nl.: .....                                   |

### 14. Prikangst

Is infuus prikken met verdovende pleister mogelijk?

Ja /  Nee

Absoluut geen prik mogelijk, indicatie kapinductie

Ja /  Nee

### 15. Bent u zwanger?

Ja /  Nee /  NVT

### 16. Rookt u?

Ja /  Nee

Zo ja, hoeveel per dag? .....

#### Gebruikt u alcohol?

Ja /  Nee

Zo ja, hoeveel per dag? .....

#### Gebruikt u drugs?

Ja /  Nee

Zo ja, welke? .....





## VRAGENLIJST ANESTHESIE

17. Wenst u nog telefonisch overleg met de anesthesioloog?  Ja /  Nee

18. Anesthesie-informatiebrochure ontvangen?  Ja /  Nee

19. Begeleiding  Ja /  Nee

Naam van de contactpersoon die u begeleidt: .....

Telefoonnummer contactpersoon. Thuis: ..... Mobiel: .....

Is er iemand thuis die u na de behandeling opvangt?  Ja /  Nee

Wie is er bij u thuis na de behandeling? .....

Deze medische vragenlijst is 6 maanden geldig. Eventuele tussentijdse veranderingen in uw gezondheidstoestand en/of medicatie moet u direct voor de behandeling doorgeven aan de tandarts en de anesthesioloog.

Aan deze vragenlijst kunnen geen rechten worden ontleend. De anesthesioloog kan op elk moment beslissen dat de anesthesie niet kan plaatsvinden. Recht op restitutie van de gestorte bedragen is afhankelijk van de oorzaak van afgelasting.

Naar waarheid ingevuld

Datum: .....

Plaats: .....

Naam: ..... Handtekening: .....



HKZ gecertificeerd

Uw tandarts staat  
geregistreerd bij

