



CBT
Midden-Brabant

Centrum Bijzondere Tandheelkunde Midden-Brabant
Dorpsplein 13 4851 CP Ulvenhout
076 593 32 13 info@cbtmb.nl www.cbtmb.nl

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.





VRAGENLIJST ANESTHESIE

Anesthesiologen:

- ☐ Frans W. van Alphen
☐ Collin R. Bello
☐ Jelmer Bergsma
☐ Jacomar van Koesveld
☐ Jennilee Nahar
☐ Dr. Marjolein C.O. van den Nieuwenhuyzen
☐ Şerife Özkal
☐ Frodo A.G. Schreiner

Datum:

Patiëntengegevens:		Geboortedatum:	
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

Consultatie Bureau (geweest)? Zo ja, welke?

☐ Ja / ☐ Nee

.....
.....





VRAGENLIJST ANESTHESIE

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

☐ Ja / ☐ Nee

- | | | | |
|--|----------|----------|------------|
| ☐ Verstandelijke handicap | Geen | Matig | Ernstig |
| ☐ Syndroom van | Geen | Down | |
| ☐ Mobiliteit | Ambulant | Rolstoel | Bedlegerig |
| ☐ Coöperatie | Goed | Matig | Slecht |
| ☐ Gedrag | Rustig | Verbaal | Agressief |
-
-
-

6. a) Gebruikt u medicijnen?

☐ Ja / ☐ Nee

Zo ja, welke en wat is de dosering?

.....

.....

6. b) Gebruikt u bloedverdunners? (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

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Antibiotica | ☐ Latex/rubber |
| ☐ Verdovingsmiddelen | ☐ Soja |
| ☐ Jodium | ☐ Fruit |
| ☐ Pleisters | ☐ 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 gebits-elementen
- ☐ Anders, nl.:

13. Heeft u een interne ziekte?

☐ Ja / ☐ Nee

- | | |
|--|---|
| ☐ Suikerziekte | ☐ Bijnieraandoening |
| ☐ Schildklieraandoening | ☐ Besmettelijke ziekte |
| ☐ Nierfalen | ☐ Maagzuur, zuurbranden, onafhankelijk van de maaltijd |
| ☐ Leverfalen | ☐ 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 of uw kind?

☐ Ja / ☐ Nee

Zo ja, hoeveel per dag?

Gebruikt u of uw kind een vape / e-sigaret?

☐ Ja / ☐ Nee

Zo ja, hoeveel per dag?

Gebruikt u of uw kind snus?

☐ 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?





CBT
Midden-Brabant

Centrum Bijzondere Tandheelkunde Midden-Brabant
Dorpsplein 13 4851 CP Ulvenhout
076 593 32 13 info@cbtmb.nl www.cbtmb.nl

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:

