

## MEDISCHE ANAMNESE KINDEREN

Invul datum: \_\_\_\_\_  
Naam: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode en Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Huisarts: \_\_\_\_\_ Specialist: \_\_\_\_\_  
Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_ Inschrijfnummer: \_\_\_\_\_

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van het kind veranderd?  Ja  Nee Zo ja, wat? \_\_\_\_\_

Is het kind onder behandeling van een art of medisch specialist?  Ja  Nee Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

Naam en telefoon van arts/ specialist:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Is het kind de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?  Ja  Nee Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

Heeft het ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?  Ja  Nee Zo ja, welke ziekte? \_\_\_\_\_

Is het kind ergens allergisch voor?  Ja  Nee Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

Heeft het kind een (aangeboren) hartafwijking?  Ja  Nee

Is het kind ooit flauwgevallen tijdens een tandheelkundige of medische behandeling?  Ja  Nee

Heeft het kind last van hyperventileren?  Ja  Nee

Heeft het kind epilepsie, vallende ziekte?  Ja  Nee

Heeft het kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?  Ja  Nee

Zo ja, is het kind daarbij benauwd en/ of kortademig?  Ja  Nee

Heeft het kind suikerziekte?  Ja  Nee Zo ja, gebruikt het insuline?  Ja  Nee

Heeft het kind bloedarmoede?  Ja  Nee

Heeft het kind wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?  Ja  Nee

Heeft het kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?  Ja  Nee

Heeft het kind een nierziekte?  Ja  Nee

Heeft het kind problemen met de voeding en/of maagdarmklachten?  Ja  Nee

Heeft het kind een aandoening van de schildklier?  Ja  Nee

Heeft het kind een spieraandoening?  Ja  Nee

Heeft het kind momenteel een besmettelijke ziekte?  Ja  Nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind?  Ja  Nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Is het kind vaak angstig?  Ja  Nee Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

Heeft het kind een handicap?  Ja  Nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf?

Ja  Nee

Zo ja, welke?

Heeft het kind ooit narcose moeten ondergaan?

Ja  Nee Zo ja, ging dat zonder problemen?  Ja  Nee

Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?

Ja  Nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Gebruikt het kind momenteel medicijnen?

Ja  Nee Zo ja, graag hieronder noteren:

Medicijnen: \_\_\_\_\_

Opmerkingen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam van de ouder/verzorger die deze vragenlijst ingevuld heeft: \_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening:

