

Naam:

Geboortedatum:

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

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord wat het meest van toepassing is (nee of ja).

1	Is uw kind onder behandeling bij huisarts of medisch specialist?	Nee	Ja	➔ Waarvoor?
2	Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd?	Nee	Ja	➔ Wat?
3	Is uw kind ergens allergisch voor?	Nee	Ja	➔ Waarvoor?
4	Heeft uw kind een (aangeboren) hartafwijking?	Nee	Ja	
5	Heeft uw kind epilepsie, vallende ziekte?	Nee	Ja	
5	Heeft uw kind longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?	Nee	Ja	
7	Heeft uw kind bloedarmoede?	Nee	Ja	
8	Heeft uw kind hepatitis, geelzucht of andere leverziekten (gehad)?	Nee	Ja	
9	Heeft uw kind suikerziekte?	Nee	Ja	➔ Gebruikt uw kind insuline? Ja / Nee
10	Heeft uw kind een nierziekte?	Nee	Ja	
11	Heeft uw kind problemen met de voeding en/of maag-darmklachten?	Nee	Ja	
12	Is uw kind vaak angstig of erg druk?	Nee	Ja	
13	Volgt uw kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf?	Nee	Ja	
14	Heeft uw kind een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?	Nee	Ja	➔ Welke?
15	Gebruikt uw kind medicijnen?	Nee	Ja	➔ Welke?
16	Wie is de huisarts van uw kind?			
17	Heeft u nog opmerkingen?			

Datum:

Handtekening: