



MEDISCHE ANAMNESE KINDEREN

Invul datum: _____

Naam: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Adres: _____

Postcode en Woonplaats: _____

Telefoon: _____

Mobiel: _____

Email: _____

Huisarts: _____

Naam verzekeraar: _____

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

☐ Ja ☐ Nee Zo ja, gebruikt het insuline? ☐ Ja ☐ Nee

☐ Ja ☐ Nee

Heeft het kind suikerziekte? ☐ 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:

