

Naam:

## **Gezondheidsvragenlijst voor kinderen tot 16 jaar**

Geb. datum:

Gewicht:

*tandarts A.C. Smit  
Steenweg 30 Waardenburg*

Datum:

1. Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van het kind veranderd? Zo ja, wat? Ja/Nee
2. Is het kind onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja, waarvoor? Ja/Nee  
Naam en telefoonnummer van de arts/specialist:
3. Is het kind de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja/Nee  
Zo ja, waarvoor?
4. Heeft het kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zo ja, welke ziekte? Ja/Nee
5. Is het kind ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor? Ja/Nee
6. Heeft het kind een (aangeboren) hartafwijking? Ja/Nee
7. Is het kind ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? Ja/Nee
8. Heeft het kind last van hyperventileren? Ja/Nee
9. Heeft het kind epilepsie, vallende ziekte? Ja/Nee
10. Heeft het kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja/Nee  
Zo ja, is het kind daarbij benauwd of kortademig?
11. Heeft het kind suikerziekte? Ja/Nee
12. Heeft het kind bloedarmoede? Ja/Nee
13. Heeft het kind wel eens langdurig bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen? Ja/Nee

- |     |   |        |
|-----|---|--------|
| 14. | Heeft het kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?                          | Ja/Nee |
| 15. | Heeft het kind een nierziekte?  | Ja/Nee |
| 16. | Heeft het kind problemen met de voeding of maag-darmklachten?                                   | Ja/Nee |
| 17. | Heeft het kind een aandoening van de schildklier?   | Ja/Nee |
| 18. | Heeft het kind een spieraandoening? Zo ja, welke?   | Ja/Nee |
| 19. | Heeft het kind momenteel een besmettelijke ziekte? Zo ja, welke?                                | Ja/Nee |
| 20. | Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind? Zo ja, welke?                  | Ja/Nee |
| 21. | Is het kind erg druk of hyperactief?  | Ja/Nee |
| 22. | Is het kind vaak angstig? Zo ja, waarvoor?  | Ja/Nee |
| 23. | Is het kind snel wagenziek?<br>Wat vindt het kind erg leuk om te doen?                          | Ja/Nee |
| 24. | Heeft het kind een handicap? Zo ja, welke?  | Ja/Nee |
| 25. | Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf?<br>Zo ja, welk? | Ja/Nee |
| 26. | Heeft het kind ooit narcose moeten ondergaan?<br>Zo ja, ging dat zonder problemen?              | Ja/Nee |
| 27. | Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?<br>Zo ja, welke?  | Ja/Nee |
| 28. | Gebruikt het kind momenteel medicijnen?<br>Zo ja, welke?  | Ja/Nee |

Datum:

Naam: