

## Europese Medische Risico Registrerende Anamnese (EMRRH)

### Patiëntgegevens:

Naam: .....

Adres + Postcode: .....

Woonplaats: .....

Geboortedatum: .....

Beroep: .....

Naam huisarts: .....

Naam Specialist(en): .....

Naam Apotheek: .....

Datum: .....

Handtekening: .....

### Algemene vragen:

1. **Hebt u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandeling? Zo ja:** ja/nee

Wat was de aard van de complicaties? .....

Bij welke arts/tandarts? .....

2. **Hebt u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? Zo ja:** ja/nee

Wat was de aard van de problemen? .....

Bij welke medicijnen? .....

Updating anamnese: *	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:
1. Bent u in het laatste half jaar nog bij een huisarts of specialist geweest? Aard van de klachten .....	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee
2. Is er in de afgelopen periode iets aan uw gezondheid veranderd?	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee
3. Is er in de afgelopen periode iets aan uw medicatie veranderd?	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee	ja/nee

Medisch risico uit anamnese:	ASA – score	Preventieve maatregelen
1 .....		
2 .....		
3 .....		
4 .....		

\* N.B. Indien bij updating verschillende vragen met “ja” worden beantwoord dan een nieuwe gezondheidsvragenlijst afnemen

	JA	NEE	ASA		JA	NEE	ASA		JA	NEE	ASA
1. <b>Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)? Zo ja,</b>	0	0	II	8. <b>Hebt u epilepsie? Zo ja,</b>	0	0	II	16. <b>Hebt u nu of hebt u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor), of bloedziekte gehad? Zo ja, Welke?</b>	0	0	II
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0	III	Wisselt u regelmatig van medicijnen?	0	0	III	Bent u onder behandeling?	0	0	III
Hebt u pijn op de borst in rust?	0	0	IV	Hebt u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	0	0	IV	Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals? Zo ja, Wanneer?	0	0	IV
Zijn uw klachten recent toegenomen?	0	0	IV	9. <b>Hebt u astma? Zo ja,</b>	0	0	II	17. <b>Hebt u last van hyperventileren?</b>	0	0	II
2. <b>Hebt u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja,</b>	0	0	II	Gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalaties?	0	0	III	18. <b>Bent u ooit flauwgevallen bij tandheelkundige of medische behandeling</b>	0	0	II
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0	III	Bent u nu kortademig?	0	0	IV	19. <b>Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?</b>	0	0	II
Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	0	0	IV	10. <b>Hebt u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja,</b>	0	0	II	- voor het hart?	0	0	
3. <b>Hebt u een hartgeruis of hartklepgebrek? Hebt u een kunsthartklep?</b>	0	0	II	Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	0	0	III	- loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdunnende middelen?	0	0	
<b>Hebt u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan? Hebt u een pacemaker?</b>	0	0	II	Bent u kortademig bij het aankleden?	0	0	IV	- tegen hoge bloeddruk?	0	0	
Hebt u uw activiteiten moeten verminderen?	0	0	III	11. <b>Hebt u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of iets anders? Zo ja,</b>	0	0	II	- aspirine of andere pijnstillers?	0	0	
4. <b>Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,</b>	0	0	II	Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?	0	0	III	- voor suikerziekte?	0	0	
Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	0	0	III	Was het bij uw tandarts?	0	0	IV	- voor allergie?	0	0	
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	0	0	IV	Waarvoor bent u allergisch?				- prednison, corticosteroiden of andere afweerremmende middelen?	0	0	
5. <b>Hebt u last van hartzwakke (hartfalen)? Zo ja,</b>	0	0	II	12. <b>Hebt u suikerziekte? Zo ja, Gebruikt u insuline?</b>	0	0	II	- legen huid-, darm-, of reumatische ziekten?	0	0	
Wordt u bij platliggen kortademig?	0	0	III	Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglycaemie)?	0	0	III	- medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	0	0	
Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	0	0	IV	13. <b>Lijdt u aan een schildklierziekte? Zo ja,</b>	0	0	II	- penicilline of antibiotica?	0	0	
6. <b>Hebt u nu of hebt u in het verleden een hoge bloeddruk gehad, Zo ja,</b>	0	0	II	Is dit een vertraagde functie?	0	0	III	- kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen?	0	0	
Wat is uw laatst gemeten bloeddruk?				Is dit een versterkte functie?	0	0	IV	- gebruikt u drugs?	0	0	
Is uw bovendruk meestal tussen 160 en 200?	0	0	III	14. <b>Hebt u nu of hebt u in het verleden een leverziekte gehad? Zo ja,</b>	0	0	II	- andere medicijnen?	0	0	
Is uw onderdruk meestal tussen 95 en 115?	0	0	III	Hebt u daarvoor dieet of medicijnen?	0	0	III	20. <b>Hebt u voor tandheelkundige behandeling antibiotica nodig?</b>	0	0	II
Is uw bovendruk meestal 200 of hoger?	0	0	IV	15. <b>Hebt u een nierziekte? Zo ja,</b>	0	0	II	21. <b>Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?</b>	0	0	II
Is uw onderdruk meestal 115 of hoger?	0	0	IV	Hebt u nierfunctievervangende behandeling (dialyse)?	0	0	III				
7. <b>Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,</b>	0	0	II	Hebt u een niertransplantaat?	0	0	IV				
Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	0	0	III								
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	0	0	III								

Welke medicijnen gebruikt u momenteel?