

➤ MEDISCHE VRAGENLIJST

VOOR KINDEREN TOT 16 JAAR

Datum: _____

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Naam huisarts: _____

Akkoord met het uitwisselen van informatie met de huisarts

Handtekening ouder/verzorger: _____

Medisch risico uit de anamnese: _____

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van uw kind veranderd? Ja / Nee
Zo ja, wat? _____
2. Is uw kind onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja / Nee
Zo ja, waarvoor? _____
Naam en telefoon van arts/specialist: _____
3. Is uw kind de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja / Nee
Zo ja, waarvoor? _____
4. Heeft uw kind ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja / Nee
Zo ja, welke ziekte? _____
5. Is uw kind ergens allergisch voor? Ja / Nee
Zo ja, waarvoor? _____
6. Heeft uw kind een (aangeboren) hartafwijking? Ja / Nee
7. Is uw kind ooit flauwgevallen bij een tandheekundige of medische behandeling? Ja / Nee
8. Heeft uw kind last van hyperventileren? Ja / Nee
9. Heeft uw kind last van epilepsie, vallende ziekte? Ja / Nee
10. Heeft uw kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja / Nee
Zo ja, is uw kind daarbij benauwd en/of kortademig? Ja / Nee



11. Heeft uw kind suikerziekte? Ja / Nee
 Zo ja, gebruikt uw insuline? Ja / Nee
12. Heeft uw kind bloedarmoede? Ja / Nee
13. Heeft uw kind wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding? _____ Ja / Nee
14. Heeft uw kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja / Nee
15. Heeft uw kind een nierziekte? Ja / Nee
16. Heeft uw kind problemen met de voeding en/of maagdarmklachten? Ja / Nee
17. Heeft uw kind een aandoening van de schildklier? Ja / Nee
18. Heeft uw kind een spieraandoening? Ja / Nee
19. Heeft uw kind momenteel een besmettelijke ziekte? Ja / Nee
 Zo ja, welke? _____
20. Komen er erfelijke aandoeningen voor in de familie van het kind? Ja / Nee
21. Is uw kind vaak angstig? Ja / Nee
 Zo ja, waarvoor? _____
22. Heeft uw kind een handicap? Ja / Nee
 Zo ja, welke? _____
23. Volgt uw kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf? Ja / Nee
 Zo ja, welk? _____
24. Heeft uw kind ooit narcose moeten ondergaan? _____ Ja / Nee
 Zo ja, ging dat zonder problemen? Ja / Nee
25. Heeft uw kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee
 Zo ja, welke? _____
26. Gebruikt uw kind momenteel medicijnen? Ja / Nee
 Zo ja, vermeld hier welke medicijnen uw kind gebruikt: _____

Opmerkingen: _____

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

Datum: _____

Handtekening: _____

