

Geachte heer/mevrouw,

U wilt graag patiënt worden in onze praktijk. Wij verzoeken u, om onderstaande lijst in te vullen en te retourneren. U heeft dit formulier gedownload van de website TCAN.nl en u heeft daarvoor aangegevens dat u op de hoogte bent van onze praktijkregels.

Zodra wij deze gegevens hebben ontvangen, nemen wij contact met u op voor het maken van een intake/controler afspraak. Graag ontvangen wij van te voren uw oude patiëntendossier.

Naam+voorletters: _____ m/v

Straat: _____

Postcode+plaats: _____

Geb.datum: _____

Tel.nr. Prive: _____

Tel.nr. Werk: _____

Tel.nr. Mobiel: _____

Emailadres: _____

Basisverzekering: _____ Aanvullende verzekering: _____

B.S.N. (sofinummer): _____

Vorige Tandarts+plaats: _____

Huisarts+plaats : _____

Specialist: _____

Reden van inschrijving: _____

Beschermingsbewind: Ja/Nee Schuldsanering Ja/Nee

Bent u afgelopen jaren regelmatig (minimaal 1x per jaar) op controle geweest: Ja/Nee

Naar waarheid ingevuld op: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____



Gezondheidsvragenlijst mondzorg

Naam:..... Geboortedatum:.....-.....-..... Man /Vrouw

Een aantal ziekten en afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) 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/de schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondzorgkundige.

Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord aan dat het meest van toepassing is (Nee of Ja).

- | | | |
|---|-----|--|
| Bent u ergens allergisch voor? | Nee | Ja -> waarvoor?..... |
| Heeft u een hartinfarct gehad? | Nee | Ja -> wanneer?..... |
| Heeft u last van hartkloppingen? | Nee | Ja |
| Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | Nee | Ja -> wat is uw bloeddruk?
onderdruk: bovendruk: |
| Heeft u pijn op de borst bij inspanning? | Nee | Ja |
| Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | Nee | Ja |
| Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | Nee | Ja |
| Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Nee | Ja |
| Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator? | Nee | Ja |
| Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Nee | Ja |
| Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | Nee | Ja |
| Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | Nee | Ja |
| Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | Nee | Ja |
| Heeft u suikerziekte? | Nee | Ja -> gebruikt u insuline? ja/nee |
| Heeft u bloedarmoede? | Nee | Ja |
| Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie? | Nee | Ja |
| Heeft u hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)? | Nee | Ja |

Medisch Geheim

Heeft u een nierziekte? Nee Ja
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten Nee Ja
Heeft u een kunstgewricht? Nee Ja
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals? Nee Ja
Rookt u? Nee Ja -> hoeveel per dag?.....
Gebruikt u alcohol? Nee Ja
Vrouwen: Bent u zwanger? Nee Ja
Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd? Nee Ja -> welke?.....

.....
Gebruikt u medicijnen? Nee Ja -> welke?.....
.....
.....
.....
.....
.....

Datum:/...../..... Plaats:.....

Handtekening