



Inschrijfformulier

Geachte heer, mevrouw,

Wij vragen u bij uw eerste bezoek aan onze praktijk dit formulier en de medische vragenlijst in te vullen.
Wilt u bij uw eerste bezoek ook uw identiteitsbewijs meenemen? Alvast bedankt.

Achternaam (incl. evt. 'meisjesnaam'):

Voornaam: Voorletters: man/vrouw

Geboortedatum:

Tandarts: Plaats:

Huisarts: Plaats:

Bent u eerder bij een mondhygiënist onder behandeling geweest? Ja/Nee*

 Zo ja, welke praktijk Plaats:

Heeft u klachten in uw mond?

Wat is de aanleiding van uw bezoek?

Heeft u wensen voor onze behandeling?

Geeft u toestemming voor het opvragen van eventueel benodigde gegevens, zoals bijvoorbeeld

 röntgenfoto's, bij uw behandelend (tand)arts of eerdere mondhygiënist? Ja/Nee*

Geeft u toestemming voor het informeren van uw tandarts over onze bevindingen/behandelingen? Ja/Nee*

Heeft u kennis genomen van ons privacyreglement? (heeft u per email ontvangen) Ja/Nee*

Datum: Handtekening:

* Aangeven wat van toepassing is

Geachte heer, mevrouw,

Medicijnen, ziekten en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid of de mogelijkheden van de behandeling (sterk) beïnvloeden. Het is daarom belangrijk dat wij hiervan op de hoogte zijn. Wilt u zo vriendelijk zijn de onderstaande vragen voorafgaand aan uw eerste bezoek aan de praktijk in te vullen? Hartelijk dank voor de te nemen moeite. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Gezondheidsvragenlijst:

- Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? ja/nee
 Zo ja, wat?
- Bent u ergens allergisch voor? ja/nee
 Zo ja, waarvoor?
- Heeft u een hartinfarct gehad? (zo ja, wanneer?)
- Heeft u last van hartkloppingen?
- Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? (zo ja; onderdruk....., bovendruk)
- Heeft u pijn op de borst bij inspanning?
- Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?
- Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep?
- Heeft u een aangeboren hartafwijking?
- Hebt u ooit wel eens een endocarditis (ontsteking hartkleppen) doorgemaakt?
- Heeft u een pacemaker (of ICD) of neurostimulator?
- Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?
- Heeft u epilepsie, vallende ziekte?
- Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?
- Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
- Heeft u suikerziekte? (zo ja, gebruikt u insuline? Ja/nee)
- Heeft u bloedarmoede?
- Heeft u wel een langdurige bloedingen gehad na trekken van tanden/kiezen of operatie?
- Heeft u Hepatitis, geelzucht of andere leverziekte (gehad)?
- Heeft u een nierziekte?
- Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?
- Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd of hals?
- Rookt u? (zo ja, hoeveel per dag?)
- Voor vrouwen; bent u zwanger?
- Voor vrouwen; geeft u borstvoeding?
- Heeft u een ziekte of aandoening waar niet naar is gevraagd?
 Zo ja, wat?
- Heeft u een geneesmiddel gebruikt tegen botontkalking (bifosfonaat of denosumab)?
- Gebruikt u medicijnen? (Zo ja, welke? (overzicht van apotheek bijvoegen is handig))
.....
.....
- ja/nee
- ja/nee
- Heeft u last van vieze smaak/slechte adem? ja/nee
- Heeft u regelmatig last van een te droge mond? ja/nee
- Zijn er overige bijzonderheden te vermelden die de behandeling kunnen beïnvloeden? ja/nee
 Zo ja, welke?

Naam:

Geboortedatum:

Datum:

Handtekening: