

Familie Clinique *Rieteiland*

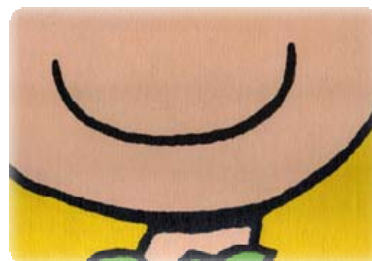
Petra Koffeman, tandarts

Lisdoddelaan 38

1087 KA Amsterdam

Telefoon: 020 4161660

Email: mijntandarts@xs4all.nl



Inschrijf formulier nieuwe patiënt

Welkom bij onze tandartsenpraktijk. Wij danken u voor het vertrouwen dat u in ons stelt en hopen u spoedig te mogen begroeten in onze praktijk. Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn, verzoeken wij u vriendelijk dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Wilt u bij de eerste afspraak dit formulier en de pas van uw verzekeraar meenemen?


U kunt dit formulier bij ons inleveren bij de eerste afspraak.

Naam:..... Voornaam:..... M / V
Voorletters:..... Beroep:.....
Adres:..... Naam verzekeraar:.....
Postcode / woonplaats:..... Polis nummer:
Geboortedatum:..... BSN nummer:.....
Telefoon:..... Huisarts:.....
Fax:..... Plaats huisarts.....
Mobiel..... Telefoonnummer huisarts:.....

E-mail:.....

Voorwaarden annuleren afspraken

Afspraken welke door de patiënt verzet of geannuleerd worden dienen 48 uur van tevoren doorgegeven te worden. Het niet tijdig annuleren van afspraken heeft tot gevolg dat wij u een bedrag van € 15 per geplande behandel unit (1 unit = 10 min) voor de gereserveerde kamer/stoel en personeelskosten aan u in rekening zullen brengen.



Vragenlijst

1. Heeft u vragen die u tijdens het eerste bezoek beantwoord wilt hebben?

.....
.....

2. Heeft u wensen?

0 Wittere tanden

0 Rechtere tanden

0 Beter kauwen

0 Fraaiere tanden

0 Grijs vullingen vervangen

0

3. Wie was uw vorige tandarts.....Woonplaats.....

4. Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest?.....Jaar/Maanden

5. Bent u wel eens bij een mondhygiënist geweest?

Ja / Nee

Zo ja, wanneer voor het laatst

6. Zijn er behandelingen waar u tegenop ziet?

.....

7. Hoe belangrijk vindt u uw gebit?

0 Ik kom alleen indien noodzakelijk / bij last

0 Ik kom regelmatig en wil mijn gebit bijhouden

0 Ik kom regelmatig voor controle en wil mijn gebit in goede / perfecte toestand brengen / houden

8. *Kunt u van onderstaande punten aangeven of u er last van heeft?*

0 Tandknarsen

0 Vieze smaak / slechte adem

0 Tandvlees bloeden

0 Last van achterblijven voedselresten

0 Voelbaar losstaand / verplaatst gebitselement

0 Kaakgewrichtklachten

9. *Heeft u een volledige prothese?*

Ja / Nee

(bij ja, ga naar de gezondheidsvragenlijst)

10. *Poetst u elektrisch?*

Ja / Nee

11. *Heeft u een specifieke borstelmethodede?*

12. *Hoe vaak poetst u per dag?*

13. *Hoe vaak gebruikt tandenstokers?*

14. *Hoe vaak gebruikt u tandenfloss?*

Gezondheidsvragenlijst

Een tandheelkundige behandeling kan in een aantal gevallen ingrijpende gevolgen voor uw gezondheid hebben. Daarom is het van belang dat uw tandarts van uw gezondheidsachtergrond op de hoogte is.

N.B. Deze lijst is vertrouwelijk en valt onder het medische beroepsgeheim.

1. *Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?* Ja/Nee

Zo ja, wat?.....

2. *Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?* Ja/Nee

Zo ja, waarvoor?.....

3. *Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?* Ja/Nee

Zo ja, waarvoor?.....

4. *Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?* Ja/Nee

Zo ja, welke ziekte?.....

5. *Bent u ergens allergisch voor?* Ja/Nee

Zo ja, waarvoor?.....

6. *Heeft u een hartinfarct gehad?* Ja/Nee

Zo ja, wanneer?.....

7. *Heeft u last van hartkloppingen?* Ja/Nee

8. *Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld* *Ja/Nee*
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk..... Bovendruk.....
9. *Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties* *Ja/Nee*
10. *Heeft u last van gezwollen enkels/voeten* *Ja/Nee*
11. *Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?* *Ja/Nee*
12. *Bent u bij inspanning snel kortademig?* *Ja/Nee*
13. *Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?* *Ja/Nee*
14. *Heeft u een aangeboren hartafwijking?* *Ja/Nee*
15. *Heeft u een pacemaker (of ICD)?* *Ja/Nee*
16. *Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?* *Ja/Nee*
17. *Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheerkundige of medische behandeling?* *Ja/Nee*
18. *Heeft u last van hyperventileren?* *Ja/Nee*
19. *Heeft u epilepsie, vallende ziekte?* *Ja/Nee*
20. *Heeft u wel eens een hersenbloeding gehad of beroerte (TIA)?* *Ja/Nee*

21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of
Chronische hoest? Ja/Nee
22. Heeft u suikerziekte Ja/Nee
Zo ja, gebruikt u insuline? Ja/Nee
23. Heeft u bloedarmoede? Ja/Nee
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken
van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? Ja/Nee
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja/Nee
26. Heeft u een nierziekte? Ja/Nee
27. Heeft u chronische maagdarmklachten? Ja/Nee
28. Heeft u een aandoening van de schildklier Ja/Nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten Ja/Nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? Ja/Nee
Zo ja, welke?.....
31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals Ja/Nee
32. Rookt u? Ja/Nee

Zo ja, hoeveel per dag?.....

33. *Gebruikt u alcohol?* *Ja/Nee*

Zo ja, hoeveel glazen per dag?.....

34. *Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?* *Ja/Nee*

Zo ja, welke?.....

35. *Vrouwen: bent u zwanger?* *Ja/Nee*

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?.....

36. *Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?* *Ja/Nee*

Zo ja, welke?.....

37. *Gebruikt u momenteel medicijnen?* *Ja/Nee*

Zo ja, welke?.....

.....

.....

.....

Ruimte voor opmerkingen:.....

.....

.....

.....

Naam:.....

Handtekening:.....