

Voor welke locatie wilt u zich aanmelden als nieuwe patiënt?

Hardinxveld-Giessendam

Giessenburg

Persoonlijke gegevens

Achternaam		
Voornaam		Dhr. Mevr.
Voorletters		
Adres		
Postcode		
Woonplaats		
Geboortedatum		
Nationaliteit		
Telefoon (thuis)		
Telefoon (werk)		
Telefoon (mobiel)		
Emailadres		
Huisarts		
Zorgverzekeraar		
Inschrijfnummer		
Burgerservicenummer (BSN)		

Wie was uw vorige tandarts en wanneer bent u daar voor het laatst geweest?

Bent u regelmatig voor de halfjaarlijkse controle geweest?

Ja Nee

Wat is de reden dat u van tandarts wilt veranderen?

Hoe bent u bij onze praktijk terecht gekomen?

Wat verwacht u van ons?

Heeft u vragen over deze vragenlijst? Bel dan gerust: 0184 - 612181

Heeft u momenteel klachten aan uw gebit?

Ja Nee

Zo ja, welke?

Hoe vaak poetst u uw gebit?

Gebruikt u tandenstokers of andere interdentale hulpmiddelen?

Ja Nee

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?

Ja Nee

Zo ja, welke?

Bent u ergens allergisch voor?

Ja Nee

Zo ja, waarvoor?

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?

Ja Nee

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?

Ja Nee

Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?

Ja Nee

Heeft u suikerziekte?

Ja Nee

Zo ja, gebruikt u hiervoor insuline?

Ja Nee

Heeft u bloedarmoede?

Ja Nee

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen
of na operatie of verwonding?

Ja Nee

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?

Ja Nee

Heeft u een nierziekte?

Ja Nee

Heeft u chronische maagdarmklachten?

Ja Nee

Heeft u een aandoening van de schildklier?

Ja Nee

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?

Ja Nee

Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?

Ja Nee

Zo ja, welke?

Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?

Ja Nee

Rookt u? Ja Nee

Zo ja, hoeveel per dag?

Gebruikt u alcohol? Ja Nee

Zo ja, hoeveel glazen per dag?

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja Nee

Zo ja, welke?

Vrouwen: bent u zwanger? Ja Nee

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?

Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja Nee

Zo ja, welke?

Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja Nee

Zo ja, welke?

Opmerkingen:

Datum

Handtekening