

AANMELDFORMULIER

Naam	_____		
Geb.datum	_____	E-mail	_____
Tel.nr.huis	_____	Adres	_____
Tel.nr.mobiel	_____	Postcode/woonplaats	_____
BSN	_____	Huisarts	_____
Zorgverzekeraar	_____	Specialist	_____
Polisnummer	_____		
Naam en adres vorige tandarts	_____		

Uw gezondheid is van belang voor de tandarts!

Hierbij ontvangt u de gezondheidsvragenlijst van De Overwelving Tandartsen. Het is voor de tandarts van belang op de hoogte te zijn van uw gezondheid en van de geneesmiddelen die u gebruikt. Alleen zo kunnen wij de juiste maatregelen nemen om uw behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen.

	Ja	Nee
Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Zo ja, wat?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja, welke?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u tegen hoge bloeddruk behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u bloedverduunners?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u pijn op de borst bij inspanningen/of emoties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een aangeboren hartafwijking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een pacemaker (of ICD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u epilepsie, vallende ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u suikerziekte? Zo ja, gebruikt u insuline?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie of verwonding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u osteoporose (botontkalking)? Zo ja, gebruikt u hier medicijnen tegen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een nierziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u chronische maag-/darmklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nee
Heeft u een aandoening vande schildklier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke?.....		
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, hoeveel?.....		
Vrouwen: bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?.....		
Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke?.....		
Gebruikt u momenteel medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke?		
*		
*		
*		
*		
*		
*		
Heeft u momenteel klachten aan uw gebit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke klachten?.....		
Knarst of klemt u of bijt u nagels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit door een mondhygiëniste behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wilt u aanvullende informatie betreffende uw gebit of algehele gezondheid kwijt, dan kunt u dat hier vermelden:

Om uw bezoek aan onze praktijk zo soepel mogelijk te laten verlopen verzoeken wij u het volgende:

- Minimaal 5 minuten voor de afgesproken behandeltime aanwezig te zijn in de praktijk;
- Uw afspraak, indien echt noodzakelijk, tenminste 48 uur (het weekend niet meegerekend) van tevoren telefonisch te annuleren; in geval van niet nagekomen of te laat geannuleerde afspraken brengen wij kosten in rekening voor gereserveerde behandeltime, behandelkamer en tandheelkundig personeel.
- Annuleringen per e-mail worden **NIET** in behandeling genomen.
- Wijzigingen in uw persoonsgegevens tijdig aan ons door te geven;
- Legitimatiebewijs (ID) met burger servicenummer (BSN) mee te nemen (wettelijk verplicht);
- Eenmalige inzage in uw zorgverzekeringsbewijs ter verificatie (door Infomedics verplicht);
- De factuur van uw eerste bezoek na afloop van uw behandeling middels pinbetaling te voldoen. U dient rekening te houden met € 150,-.
- Na uw eerste bezoek kunt u indien gewenst gebruik maken van de service van factureringsbedrijf Infomedics;
- Om aanspraak te maken op onze garantieregeling, uw gebit iedere 6 maanden laten controleren en verzorgen door onze behandelaren. Verder moet het gebit normaal onderhouden zijn en mogen door derden geen wijzigingen in het behandelde deel van het gebit zijn aangebracht.
- Goedkeuring voor het maken van een pasfoto voor in uw patiëntendossier

Met het ondertekenen van dit document verklaart u kennis te hebben genomen van onderstaande;

- onze werkwijze
- de huisregels
- de betalingsvoorwaarden
- de privacy verklaring

Datum	Naam	Handtekening

Uiteraard behandelen wij uw gegevens strikt vertrouwelijk.

Hartelijk dank voor uw medewerking.