

Welkom

Geachte nieuwe patiënt(e),

Welkom in Tandartspraktijk De Drie Linden.

Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijsten zo volledig mogelijk in te vullen?

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

Namens Tandartspraktijk De Drie Linden dank voor uw medewerking.

Persoonlijke gegevens

man/vrouw*

achternaam: _____

voorletters/voornaam: _____

geboortedatum: _____

Burgerservice nummer (BSN): _____

adres: _____

postcode/woonplaats: _____

telefoon nummer thuis: _____

telefoon nummer werk: _____

mobiel nummer: _____

e-mail: _____

ik ben verzekerd bij: _____

polisnummer: _____

ik heb een aanvullende tandarts verzekering: ja/nee

wat is de naam van uw

huisarts: _____

wat is de naam van uw

vorige tandarts: _____

mijn laatste controle was op: _____

hoe vaak poetst u uw tanden? _____

gebruikt u floss / tandenstokers / ragers?*

UW GEBIT

ja/nee

Bent u tevreden met uw gebit?

Wat voor cijfer geeft u uw gebit? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wat zijn uw wensen ten aanzien van uw gebit:

Heeft u momenteel tandheelkundige problemen?

Zo ja, van welke aard zijn deze:

Bent u tevreden met het uiterlijk van uw gebit?

Zo niet, wat zou u veranderd willen zien:

Heeft u ooit een onprettige ervaring gehad

bij een tandarts?
Zo ja, wat was hiervan de reden:

Bent u ooit:

ja/nee

met een beugel behandeld?

door een kaakchirurg behandeld?

voor tandvleesproblemen behandeld?

Heeft u last van pijn of zwelling aan

het tandvlees?

Heeft u last van bloedend tandvlees?

Heeft u last van kaakgewrichtsproblemen, zoals:

Knappen van de kaken?*

Spierpijn, oorpijn, gewrichtspijn, hoofdpijn?

Moeilijkheden bij mond openen/sluiten?

Moeilijkheden bij bijten of kauwen?

Gewoonten:

Klemt of knarsetandt u?

Bijt u regelmatig op lip of wang?

Bijt u op nagels of voorwerpen (b.v. pen)?

Voelt u zich erg gespannen voor of tijdens

een tandheelkundige behandeling?

Wenst u over het algemeen een verdoving

bij het boren?

UW GEZONDHEID

Heeft u problemen met uw gezondheid?
Zo ja, van welke aard zijn deze problemen: ja nee

Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens een tandheelkundige behandeling?
Zo ja, wat was de aard van de medische problemen / complicaties: ja nee

Heeft u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen?
Zo ja, van welke aard waren deze problemen: ja nee

UW MEDISCHE STAAT

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?
Zo ja, wat? ja nee

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?
Zo ja, waarvoor? ja nee

Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?
Zo ja, waarvoor? ja nee

Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?
Zo ja, welke ziekte? ja nee

Bent u ergens allergisch voor?
Zo ja, waarvoor? ja nee

Heeft u een hartinfarct gehad?
Zo ja, wanneer? ja nee

Heeft u last van hartkloppingen?
Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?
Zo ja, wat is meestal uw onderdruk en bovendruk? ja nee

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? ja nee

Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? ja nee

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? ja nee

Bent u bij inspanning snel kortademig? ja nee

Heeft een hartklepgebrek of een kunsthartklep? ja nee

Heeft u een aangeboren hartafwijking? ja nee

Heeft u een pacemaker (of ICD)? ja nee

Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? ja nee

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? ja nee

Heeft u last van hyperventileren? ja nee

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? ja nee

Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? 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 insuline? ja nee

Heeft u bloedarmoede? ja nee

Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken vantanden/kiezen of na een 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 maag-darmklachten? ja nee

Heeft een aandoening van de schildklier? ja nee

Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? ja nee

Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?
Zo ja, welke? ja nee

Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit? ja nee

Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht? ja nee

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

Rookt u?
Zo ja, hoeveel per dag? _____ ja nee

Gebruikt u alcohol?
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____ ja nee

Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?
Zo ja, welke? ja nee

Vrouwen:
bent u zwanger?
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? ja nee

Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?
Zo ja, welke? ja nee

Gebruikt u momenteel medicijnen?
Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt (tevens ruimte voor opmerkingen): ja nee

UW MOTIVATIE

Waarom wilt u juist bij onze praktijk patiënt worden?

Wat zijn uw verwachtingen van ons als behandelend tandheelkundig team?

ONZE DANK

Voor het invullen en uw tijd.

Achterveld, datum: _____

Handtekening:

DE:3 LINDEN

TandartsPraktijk

mooie Tanden | mooi Gezicht

W. van Amersfoortstraat 65 3791 AP Achterveld

Tel. 0342 45 27 51