

Wij verzoeken u hierbij om dit formulier zo compleet mogelijk in te vullen en dit ingevulde formulier mee te nemen voor uw eerste afspraak.

Indien U zich wilt aanmelden voor meerdere personen in één keer dan verzoeken wij u afzonderlijk ingevulde aanmeldformulieren in te vullen en mee te nemen voor de eerste afspraken.



## Vragen 1 t/m. 13

Kruis het antwoord aan dat het meest van toepassing is.  
Uw antwoorden zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Voorletter[s]	Achternaam	
Geboortedatum	Geslacht - M - V *	<i>*doorhalen wat niet van toepassing is</i>
Adres	Postcode	Woonplaats
<b>1</b>	Zijn er recente veranderingen binnen uw gezondheid? Zo ja, omschrijf welke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>2</b>	Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja, voor welke behandeling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>3</b>	Bent u afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>4</b>	Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zo ja, welke ziekte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>5</b>	Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>6</b>	Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>7</b>	Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>8</b>	Wordt u voor hogebloeddruk behandeld? Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?    onderdruk _____    bovendruk _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>9</b>	Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>10</b>	Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>11</b>	Wordt u kortademig wanneer u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>12</b>	Bent u bij inspanning snel kortademig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>13</b>	Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

# Tandheelkunde - Info-formulier

Atik - Praktijken voor mond- & tandzorg

Vragen 14 t/m. 31

- |           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>14</b> | Heeft u een aangeboren hartafwijking?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>15</b> | Heeft u een pacemaker (of ICD)?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>16</b> | Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>17</b> | Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>18</b> | Heeft u last van hyperventileren?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>19</b> | Heeft u last van epilepsie (vallende ziekte)?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>20</b> | Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>21</b> | Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?<br>Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>22</b> | Heeft u suikerziekte?<br>Zo ja, gebruikt u insuline?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>23</b> | Heeft u bloedarmoede?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>24</b> | Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen<br>of na operatie of verwondingen?           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>25</b> | Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>26</b> | Heeft u een nierziekte?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>27</b> | Heeft u chronische maag/darmklachten?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>28</b> | Heeft u een aandoening aan de schildklier?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>29</b> | Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>30</b> | Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?<br>Zo ja, welke ziekte?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <b>31</b> | Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |

