

TANDHEELKUNDEFORMULIER

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 aanmeldingsformulieren in te vullen en mee te nemen voor de eerste afspraken.

www.tandarts-atik.nl



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

Vragen 1 t/m. 11

Voorletter[s]	Achternaam	
Geboortedatum	Geslacht - M - V *	*doorhalen wat niet van toepassing is
Adres	Postcode	Woonplaats
1	Zijn er recente veranderingen binnen uw gezondheid? Zo ja, omschrijf welke?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2	Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Zo ja, voor welke behandeling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3	Bent u afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4	Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Zo ja, welke ziekte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5	Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
6	Heeft u een hartinfarct gehad? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
7	Heeft u last van hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
8	Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? onderdruk _____ bovendruk _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
9	Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
10	Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
11	Wordt u kortademig wanneer u plat in bed ligt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 tandheelkundige of medische behandeling? ja nee
-
- 18 Heeft u last van hyperventileren? ja nee
-
- 19 Heeft u last van epilepsie (vallende ziekte)? ja nee
-
- 20 Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? ja nee
-
- 21 Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? ja nee
-
- 22 Heeft u suikerziekte?
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 verwondingen? 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 maag/darmklachten? ja nee
-
- 28 Heeft u een aandoening aan de schildklier? ja nee
-
- 29 Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? ja nee
-
- 30 Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?
Zo ja, welke ziekte? ja nee
-
- 31 Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? ja nee
-

