



Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoon:

Email:

Huisarts:

Verzekering:

BSN:

Postcode/Woonplaats:

Beroep:

Specialist:

Verzekeringsnummer:

**Omcirkelen wat van toepassing is en eventueel aanvullen met de vraag er achter.**

Is er de afgelopen maanden iets veranderd aan uw gezondheid? J/N

Zo ja, wat?

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? J/N

Zo ja, waarvoor .....

Bentu ergens allergisch voor? J/N

Zo ja, waarvoor .....

Heeft u een hartinfarct gehad? J/N

Heeft u last van hartkloppingen? J/N

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? J/N

Zo ja, wat is dan meestal uw bloeddruk?

Bovendruk: ..... Onderdruk: .....

Heeft u pijn op de borst bij inspanningen en/of emoties? J/N

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? J/N

Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? J/N

Heeft u een(aangeboren) hartafwijking? J/N

Heeft u een pacemaker (of ICD)? J/N

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? J/N

Heeft u epilepsie, vallende ziekte? J/N

Heeft u een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? J/N

Zo ja, wanneer .....

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

Zo ja, welke .....

Heeft u suikerziekte? J/N

Zo ja, gebruikt u insuline? J/N

Heeft u bloedarmoede? J/N

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

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

Zo ja, welke .....

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Heeft u een nierziekte?                                              | J/N |
| Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?                    | J/N |
| Heeft u een kunstgewricht?                                           | J/N |
| Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?              | J/N |
| Rookt u?                                                             | J/N |
| Zo ja, hoeveel?                                                      |     |
| Vouwen: Bent u zwanger?                                              | J/N |
| Heeft een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? | J/N |
| Zo ja, welke?                                                        |     |
| Gebuikt u momenteel medicijnen?                                      | J/N |
| Zo ja, welke? .....                                                  |     |
| Medicijnen:                                                          | J   |
| .....                                                                |     |
| Medicijnen:                                                          | J   |
| .....                                                                |     |
| Medicijnen:                                                          | J   |
| .....                                                                |     |
| Medicijnen:                                                          | J   |
| .....                                                                |     |

Datum: .....  
.....

Handtekening

### **Toestemmingsformulier**

Ik geef Tandartsenpraktijk Tandbewust toestemming om gegevens over mij en mijn gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen mondzorg. Deze toestemming omvat mede het:

- I verwerken van persoonsgegevens in het patiëntendossier ;
- II verstrekken van persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van declaraties;
- III verstekken van persoonsgegevens aan andere zorgaanbieders, indien nodig in het kader van mijn behandeling.

Datum: .....  
.....

Handtekening