

Nr:

INSCHRIJF FORMULIER

Persoonsgegevens

Achternaam:

Voornaam :

Voorletters :

Geboortedatum :

Geslacht : M / V

Adres

Straat :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoon thuis :

gsm :

werk :

e-Mail adres :@

Verzekeringsgegevens

Verzekerd bij :

Inschrijfnummer :

Burger Service Nummer (BSN) :

Ondergetekende verklaart tevens de betalingsvoorwaarden te hebben ontvangen

Amsterdam, datum:-.....-20..... Handtekening:

adres Panamalaan 10
1019 AZ
Amsterdam
telefoon 020 - 4198525
fax 020 - 4198521

tandartsen
 S.A. Karpe
 E.J.P.denOuter
 F.S.Mulder
 J.J.J.Rotteveel
 W.M.Braakhuis
 E.G.I.M.Jansen

mondhygiënisten
 I.Rijswijk
 A.Dekker
profylaxe
 E.K.Versteeg

Nr:

Gezondheidsvragenlijst

- | | | | |
|-----|--|----|-----|
| 1. | Heeft U hartklachten ? | ja | nee |
| 2. | Heeft U een hartinfarct gehad ? | ja | nee |
| 3. | Heeft U een hartklepafwijking of een kunsthartklep ? | ja | nee |
| 4. | Heeft U voor tandheelkundige behandeling antibiotica nodig ? | ja | nee |
| 5. | Heeft U in rust last van hartkloppingen ? | ja | nee |
| 6. | Heeft U pijn op de borst bij inspanning ? | ja | nee |
| 7. | Heeft U een pacemaker ? | ja | nee |
| 8. | Heeft U ooit een hartoperatie ondergaan ? | ja | nee |
| 9. | Gebruikt U antistollingsmedicijnen (bijv. ascal) ? | ja | nee |
| 10. | Heeft U last van hyperventileren ? | ja | nee |
| 11. | Bent U ooit flauwgevalen bij tandheelkundige of medische behandeling ? | ja | nee |
| 12. | Heeft U een (te) hoge bloeddruk ? | ja | nee |
| 13. | Heeft U verlammingen of spraakstoornissen gehad ? | ja | nee |
| 14. | Heeft U een beroerte (attaque) gehad ? | ja | nee |
| 15. | Heeft U epilepsie ? | ja | nee |
| 16. | Heeft U astma ? | ja | nee |
| 17. | Heeft U slechte longen ? | ja | nee |
| 18. | Heeft U allergieën ? | ja | nee |
| 19. | Zo ja, voor welke stoffen ? | | |
| 20. | Zo ja, voor welke medicijnen ? | | |
| 21. | Heeft U wel eens een allergische reactie gehad tijdens of na tandheelkundige behandeling ? | ja | nee |
| 22. | Heeft U suikerziekte ? | ja | nee |
| 23. | Heeft U een versterkte schildklierfunctie ? | ja | nee |
| 24. | Heeft U een leverziekte | ja | nee |
| 25. | Heeft U een chronische nierziekte ? | ja | nee |
| 26. | Heeft U een chronische maag-darm ziekte ? | ja | nee |
| 27. | Heeft U bloedarmoede ? | ja | nee |
| 28. | Heeft U sikkelcelanemie ? | ja | nee |
| 29. | Heeft U een kwaadaardige ziekte van lymfeklieren of bloed ? | ja | nee |
| 30. | Bloeden wondjes lang (langer dan 30 minuten) na ? | ja | nee |
| 31. | Bent U ooit bestraald voor een tumor in hoofd of hals ? | ja | nee |
| 32. | Hebt U aids of bent U HIV seropositief ? | ja | nee |
| 33. | Heeft U hepatitis ? omcirkel : A ; B ; C . | ja | nee |
| 34. | Heeft U een reumatische aandoening ? | ja | nee |
| 35. | Rookt U ? Zo ja, hoeveel per dag ? | ja | nee |
| 36. | Gebruikt U alcohol ? Zo ja, hoeveel glazen per week ? | ja | nee |
| 37. | Gebruikt U wel eens drugs ? Zo ja, welke ? | ja | nee |
| 38. | Bent U zwanger ? aantal maanden | ja | nee |
| 39. | Gebruikt U medicijnen ? | ja | nee |
| | Welke en waarvoor ? | | |
| | | | |
| 40. | Bent U onder behandeling bij een medisch specialist ? | ja | nee |
| | Welke ? | | |
| 41. | Lijdt U aan andere nog niet genoemde ziekten ? | ja | nee |
| | Welke ? | | |

Naam en adres Huisarts :

Dit formulier is naar waarheid ingevuld zonder weglatingen

Naam: **Geboortedatum :**