

Intake formulier nieuwe patiënten

Naam:.....m/v
Voorletters:.....
Adres:.....
Postcode:.....
Plaats:.....
Geb. datum:.....
Huidige Tandarts:.....
Huisarts:.....
BSN:.....
Naam verzekeraar:.....
Verzekeringsnummer:.....
Wat is uw wens?.....
.....
.....

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

- | | |
|--|--------|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?
Zo ja, wat:..... | Ja/Nee |
| 2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?
Zo ja, waarvoor?..... | Ja/Nee |
| 3. bent u ergens allergisch voor?
Zo ja, waarvoor?..... | Ja/Nee |
| 4. Heeft u een hartinfarct gehad?
Zo ja, wanneer?..... | Ja/Nee |
| 5. Heeft u last van hartkloppingen? | Ja/Nee |
| 6. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?
Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk? Onderdruk:..... Bovendruk:..... | Ja/Nee |
| 7. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? | Ja/Nee |
| 8. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? | Ja/Nee |
| 9. Bent u bij inspanning snel kortademig? | Ja/Nee |
| 10. Heeft u een hartklepgebrek of kunsthartklep? | Ja/Nee |
| 11. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Ja/Nee |
| 12. Heeft u een pacemaker (of ICD)? | Ja/Nee |
| 13. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Ja/Nee |
| 14. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | Ja/Nee |
| 15. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (TIA) gehad? | Ja/Nee |
| 16. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? | Ja/Nee |
| 17. Heeft u suikerziekte? | Ja/Nee |
| 18. Heeft u bloedarmoede? | Ja/Nee |
| 19. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/
kiezen, of na een operatie of verwonding? | Ja/Nee |
| 20. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | Ja/Nee |
| 21. Heeft u een nierziekte? | Ja/Nee |
| 22. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | Ja/Nee |
| 23. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | Ja/Nee |

24. Rookt u? Ja/Nee

Zo ja, hoeveel per dag?.....

25. Vrouwen: Bent u zwanger? Ja/Nee

Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?.....

26. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar gevraagd is? Ja/Nee

Zo ja, welke?.....

27. Gebruikt u momenteel medicijnen?

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:

.....
.....
.....