



hoek Breitnerstraat Josef Israëllaan

Mondhygiënistenpraktijk Arnhem

Breitnerstraat 24 6813 HR Arnhem (t) 026 4421770 www.mondgezond.nl info@mondgezond.nl

Wij vragen u deze lijst in te vullen zodat wij rekening kunnen houden met eventuele consequenties en te nemen maatregelen voor de behandeling. De antwoorden zijn alleen voor informatie binnen de praktijk en worden als vertrouwelijk beschouwd.

Personalia

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____ m/v
 Geboortedatum _____
 Adres _____
 Postcode/Plaats _____
 Telefoon thuis _____
 Telefoon mobiel _____
 Telefoon werk _____
 email adres _____

Verzekering

Polisnummer _____
 BSNnummer _____
 Beroep _____
 Huisarts _____
 Tandarts _____
 Specialist _____

Gezondheidsvragenlijst

Algemeen

- Voelt u zich op dit moment ziek? _____ ja / nee
 Zo ja, heeft u hiervoor uw arts geraadpleegd? _____ ja / nee
- Bent u de laatste jaren in het ziekenhuis opgenomen geweest? _____ ja / nee
 Zo ja, waarvoor? _____
- Bent u (mogelijk) zwanger? _____ ja / nee
- Rookt u? Zo ja, hoeveel _____ ja / nee

Specifiek

- Heeft u klachten met betrekking tot uw hart? _____ ja / nee
- Heeft u een hoge bloeddruk? _____ ja / nee
- Heeft u suikerziekte? _____ ja / nee
- Heeft u astma? _____ ja / nee
- Heeft u longklachten? _____ ja / nee
- Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik _____ ja / nee
 of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters, tandheelkundige verdoving)? _____ ja / nee
- Heeft u klachten met betrekking tot uw schildklier? _____ ja / nee
- Is bij u een verhoogde bloedingsneiging vastgesteld? _____ ja / nee
- Heeft u een kunstheup, -hartklep of vaatprothese? _____ ja / nee
- Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie? _____ ja / nee
- Lijdt u op dit moment aan:
 - chronische leverziekte (langer dan 6 maanden)? _____ ja / nee
 - chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt? _____ ja / nee
 - lymfeklier- of bloedziekte? _____ ja / nee
 - een besmettelijke ziekte? _____ ja / nee
- Gebruikt u medicijnen? _____ ja / nee
- Zo ja, welke? _____
- Zijn er andere bijzonderheden waar we rekening mee moeten houden tijdens de behandeling? _____

Plaats _____

Datum _____

Handtekening _____



hoek Breitnerstraat Josef Israëllaan

Mondhygiënistenpraktijk Arnhem

Toestemmingsformulier

Breitnerstraat 24 6813 HR Arnhem (t) 026 4421770 www.mondgezond.nl info@mondgezond.nl

Cliëntgegevens:

De heer / mevrouw:

Geboortedatum:

Wettelijke vertegenwoordiger :

(voor kinderen tot 16 jaar geldt dat de wettelijke vertegenwoordiger mede toestemming dient te verlenen).

Hierbij geef ik Mondhygiënistenpraktijk Arnhem WEL / GEEN* (doorhalen wat niet van toepassing is) toestemming om gegevens over mij en mijn (tandheelkundige) gezondheid te verwerken in het kader van de te verlenen mondzorg.

- Het verwerken van persoonsgegevens in mijn patiëntendossier.
- Het verstrekken van mijn persoonsgegevens aan derden in het kader van de verwerking van declaraties.
- Verstrekken van mijn persoons- en behandelgegevens aan betreffende tandarts, huisarts, medisch specialist. Voor zover dit nodig is in het kader van mijn behandeling.

Datum:

Handtekening:

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing)