

Geachte patiënt,

Bij een tandheelkundige behandeling is het nodig dat uw tandarts op de hoogte is van uw algemene gezondheid. Ook in verband met beroepsaansprakelijkheid is dit belangrijk. Gelieve alle gegevens in te vullen en wijzigingen bij een volgend bezoek mee te delen.

<b>Naam:</b> _____	<b>Voornaam:</b> _____
<b>Geboortedatum:</b> _____	<b>Geslacht:</b> _____
<b>Naam &amp; telefoonnummer huisarts:</b> _____	

Heeft u gezondheidsproblemen?  Ja  Neen — Indien ja, aankruisen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hart- en bloedvaten | <input type="checkbox"/> Maag / darm                   |
| <input type="checkbox"/> Hartkunstklep       | <input type="checkbox"/> Suikerziekte                  |
| <input type="checkbox"/> Longen              | <input type="checkbox"/> Epilepsie                     |
| <input type="checkbox"/> Lever               | <input type="checkbox"/> Osteoporose                   |
| <input type="checkbox"/> Nieren              | <input type="checkbox"/> Oncologische voorgeschiedenis |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____       |  |

Neemt u geneesmiddelen?  Ja  Neen — Indien ja: Welke? \_\_\_\_\_

Wordt u behandeld door een specialist?  Ja  Neen

Heeft u allergieën?  Ja  Neen — Indien ja, aankruisen en opnoemen:

- Geneesmiddelen: \_\_\_\_\_
- Tandheelkundige producten: \_\_\_\_\_
- Latex
- Andere: \_\_\_\_\_

Heeft u bloedingsneiging (bv. spontaan blauwe plekken)?  Ja  Neen

Heeft u een besmettelijke ziekte?  Ja  Neen

Heeft u bestraling gehad?  Ja  Neen

Rookt u?  Ja  Neen — Indien ja, hoeveel pakjes per dag? \_\_\_\_\_

Bent u zwanger?  Ja  Neen

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_