

Geachte heer/mevrouw,

Middels deze brief willen wij uw aanmelding voor de Kliniek voor Tandheelkunde bevestigen. Op de volgende pagina's vindt u een aanmeldformulier en een gezondheidsvragenlijst.

Graag dit formulier volledig invullen en deze voor de eerste afspraak naar ons toesturen of mailen naar balie@dkvt.nl. Mocht dit niet lukken dan kunt u deze meenemen bij de eerste afspraak. Wij vragen u dan wel om 20 minuten eerder te komen zodat er voldoende tijd is om uw gegevens te verwerken.

De Kliniek voor Tandheelkunde in Utrecht streeft ernaar om u een breed en kwalitatief hoogwaardig aanbod van tandheelkundige zorg en optimale dienstverlening te bieden. Om dit mogelijk te maken zijn er huisregels en voorwaarden nodig die uw rechten en ook plichten vastleggen.

Hieronder vindt u een samenvatting:

- Voor het maken van afspraken kunt u ons op werkdagen bereiken van 08:30 tot 12:15 uur en van 13:30 tot 16:45 uur.
- Voor spoedgevallen buiten openingstijden, kunt u een beroep doen op de tandartsenspoedgevallendienst. Klik [hier](#) voor meer informatie.
- Afspraken korter dan 1 uur dienen 1 werkdag (>24-uur) van tevoren geannuleerd te worden. Afspraken van 1 uur of langer dienen 2 werkdagen (>48-uur) van tevoren geannuleerd te worden.
- Afspraken die niet of te laat geannuleerd worden, kunnen wij bij u in rekening brengen. De hoogte van het tarief voor een niet nagekomen afspraak bedraagt €1,50 per minuut voor een afspraak bij de tandarts en €1,00 per minuut voor een afspraak bij de mondhygiënist.
- Indien wij bij u een afspraak niet tijdig afzeggen dan heeft u gedurende 12 maanden het recht om voor dezelfde tijdsduur een afspraak niet tijdig af te zeggen.
- Wij verzoeken u nota's onder de € 100,- direct per pin te voldoen. Indien wij de nota direct bij uw verzekeraar kunnen indienen dan hoeft u niet direct te pinnen.
- Onze betalingstermijn voor overige facturen bedraagt 30 dagen.
- Wij hanteren de betalingsvoorwaarden van de NMT,
- Bij achterstallige betalingen wordt de vordering uit handen gegeven aan een incasso bureau.
- Bij uw eerste afspraak wordt een zorgplan opgesteld. Na acceptatie van dit zorgplan gaat de praktijk met u een behandelovereenkomst aan.

Meer informatie over onze algemene voorwaarden en betalingsvoorwaarden vindt u op: <http://www.dekliniekvoortandheelkunde.nl/de-kliniek/werkwijze/>

Meer informatie over het eerste bezoek vindt u hier: <http://www.dekliniekvoortandheelkunde.nl/ik-wil-graag-patient-worden/intake-consult/>

Met vriendelijke groet,
De medewerkers van de Kliniek voor Tandheelkunde.

Nieuwe inschrijving voor tandarts:

Inschrijfdatum:

*Preventie en Restauratieve Tandheelkunde • Parodontologie • Implantologie • Endodontologie • Orthodontie
Kindertandheelkunde • Cosmetisch Tandheelkunde • Tandtechnisch Laboratorium Berbol • Gnathologie*

Geachte patiënt,

Het is voor uw tandheelkundige behandeling van belang dat wij beschikken over de juiste gegevens.

Daarom verzoeken wij u deze lijst nauwkeurig in te vullen.

Patiëntgegevens:

Voorvoegsel: Achternaam:

Voorletter(s): Voornaam: Geb. datum:

Geslacht: man vrouw

Straatnaam: Huisnr.: Huisnr. toev.:

Postcode en woonplaats:

Tel.nr. privé: Mobiel nr.:

Email:

Bankrekeningnr.:

Naam huisarts:

Naam specialist(en):

Verzekeraar:

Naam basisverzekering: Uzovinr.:

Polisnummer: natura restitutie

Naam aanvullende verzekering:

Polisnummer aanvullende verzekering: natura restitutie

Burgerservice nr.:

Diversen:

Hoe bent u in contact gekomen met De Kliniek voor Tandheelkunde?

 Via kennis/collega tandarts nl.: Anders nl.:

Bent u tevreden over de huidige staat van uw gebit?

Datum:

Handtekening:

Inschrijfformulier retourneren aan:

De Kliniek voor Tandheelkunde

T.a.v.: Ans van Tessel

Jan Muschlaan 21

3584 GV Utrecht

Europese Medisch Risico Registrerende Anamnese (EMRRH)

1. Heeft u ooit medische problemen of complicaties gehad tijdens chirurgische of tandheelkundige behandelingen?

ja/nee

Wat waren de aard van de complicaties?

Bij welke arts/tandarts?

2. Heeft u ooit medische problemen gehad bij het gebruik van medicijnen? ja/nee

Wat waren de aard van de problemen?

Bij welke medicijnen?

Indien de dikgedrukte vraag met nee beantwoord is, dan kunt u direct door naar de volgende vraag.

	JA	NEE	ASA
1. Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning? (angina pectoris) Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Heeft u pijn op de borst in rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Zijn uw klachten recent toegenomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
2. Heeft u ooit een hartinfarct gehad? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Heeft u de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
3. Heeft u een hartruis of hartklepgebrek? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u een kunsthartklep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u korter dan 6 maanden geleden een hart- of vaatoperatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u een pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Heeft u uw activiteiten moeten verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
4. Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Moet u tijdens deze aanvallen rusten, zitten of liggen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens de aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
5. Heeft u last van hartzwakte (hartfalen)? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Wordt u bij plat liggen kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Slaapt u met meer dan twee kussens omdat u anders kortademig wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
6. Heeft u nu of in het verleden een hoge bloeddruk gehad? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Wat is uw laatst gemeten bloeddruk?			
Is de bovendruk meestal tussen 160 en 200?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Is de onderdruk meestal tussen 95 en 115?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Is de bovendruk meestal 200 of hoger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Is de onderdruk meestal tussen 115 of hoger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
7. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Bloedt u langer dan 1 uur na verwondingen of ingrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Krijgt u zonder stoten blauwe plekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
8. Heeft u epilepsie? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Wisselt u regelmatig van medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Heeft u ondanks medicijnen regelmatig aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
9. Heeft u astma? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Gebruikt u hiervoor medicijnen of inhalaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Bent u nu kortademig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV

	JA	NEE	ASA
10. Heeft u andere klachten van uw longen of hoest u voortdurend? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Bent u kortademig bij het aankleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
11. Heeft u ooit een allergische reactie gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of iets anders? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Bezocht u voor deze reactie een arts of ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Was het bij uw tandarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Waarvoor bent u allergisch?			
12. Heeft u suikerziekte? Zo ja, Gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Bent u vaak 'ontregeld' (hypo/hyperglycaemie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
13. Heeft u een schildklierziekte? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Is dit een vertraagde functie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Is dit een versterkte functie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
14. Heeft u nu of in het verleden een leverziekte gehad? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u daarvoor dieet of medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
15. Heeft u een nierziekte? Zo ja,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Heeft u een nierfunctie vervangende behandeling? (dialyse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Heeft u een niertransplantaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
16. Heeft u nu of heeft u ooit een kwaadaardige ziekte (tumor), of bloedziekte gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Zo ja, welke?			
Bent u onder behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Zo ja, wanneer?			
17. Heeft u last van hyperventileren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
18. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
19. Heeft u bloedarmoede met klachten? (moe, duizelig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
20. Gebruikt u op dit moment medicijnen op recept of zelf gekocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
- Voor het hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Loopt u bij de trombosedienst of gebruikt u bloedverdünnende middelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tegen hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Aspirine of andere pijnstillers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Voor suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Voor allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Tegen huid-, darm-, of reumatische ziekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Medicijnen tegen kanker of bloedziekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Penicilline of antibiotica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva, verdovende middelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Andere medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Bestaat de mogelijkheid dat u zwanger bent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
22. Heeft u een ziekte waar niet naar gevraagd is?			
Zo ja, Welke?			
.....			