

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?			
.....			