

Naam + Voornaam _____

Adres _____

Email _____

Telefoonnummer: _____

Naam huisarts + Tel Nr. _____

1. Hebt u één van volgende gezondheidsproblemen? Zo ja, kruis aan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hart | <input type="checkbox"/> Bloedingsneiging (bv. spontaan blauwe plekken, lang bloeden na tandextractie) |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/diagnostisch apparaat | <input type="checkbox"/> Sero-positief / HIV |
| <input type="checkbox"/> Lekkende hartklep | <input type="checkbox"/> Lever |
| <input type="checkbox"/> Knellend gevoel op de borst | <input type="checkbox"/> Maag – darm |
| <input type="checkbox"/> Kunsthartklep | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Longen | <input type="checkbox"/> Tumoren, datum diagnose _____ |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Met chemotherapie |
| <input type="checkbox"/> Hyperventilatie | <input type="checkbox"/> Met bestraling |
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Met blijvende medicatie |
| <input type="checkbox"/> Type 1 | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Type 2 | <input type="checkbox"/> Schildklier |
| <input type="checkbox"/> Hoge / lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C |
| <input type="checkbox"/> Recente heup/knie prothese | |

Specialist die u hiervoor behandelt: _____

Medicatie die u hiervoor neemt: _____

2. Neemt u één van volgende specifieke medicijnen? Zo ja, welke?

Bisfosfonaten (botversterkers) _____

Bloedverduunners _____

3. Hebt u allergieën aan bepaalde medicijnen of producten? Zo ja welke?

4. Andere inlichtingen. Omcirkel wat past. _____

Hebt u last van flauwvallen bij de behandeling/verdooving door de tandarts? JA/NEE

Bent u mogelijk zwanger?

JA/NEE aantal weken:

Rookt u?

JA/NEE aantal stuks per dag:

Bent u gevaccineerd tegen Covid-19?

JA/NEE wanneer:

Wanneer bent u het laatst bij de tandarts geweest? _____

Hoe bent u bij ons terecht gekomen? _____

Hebt u een bijkomende tandverzekering? Zo ja, Welke? _____

De patiënt geeft toelating om zijn/haar gegevens te gebruiken voor communicatie in het kader van de behandeling.

Datum:

Handtekening: