

## Gegevens ten behoeve van de behandeling

Naam: \_\_\_\_\_ m/v \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_

Voorletters (kinderen: voornaam): \_\_\_\_\_ Burgerservice nr: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ E-mail adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Tel. thuis: \_\_\_\_\_ Tel. werk: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

Verwijzend tandarts: \_\_\_\_\_

Huisarts en evt. medisch specialist waar u onder behandeling bent: \_\_\_\_\_

Welke medicijnen gebruikt u en waarvoor? \_\_\_\_\_

Heeft u afgelopen halfjaar een hartinfarct gehad? \_\_\_\_\_

Heeft u afgelopen halfjaar een vaatoperatie ondergaan of heeft u een hartklep of vaatprothese? \_\_\_\_\_

Heeft u een hoge bloeddruk? \_\_\_\_\_

Gebruikt u bloedverdunners? \_\_\_\_\_ Is uw bloedingstijd of stollingstijd verlengd? \_\_\_\_\_

Heeft u suikerziekte? \_\_\_\_\_

Heeft u acuut rheuma doorgemaakt? \_\_\_\_\_

Lijdt u aan een besmettelijke ziekte? \_\_\_\_\_

Zijn er in het verleden problemen opgetreden met uw gezondheid tijdens tandheelkundige behandeling, zoals bijvoorbeeld allergie? \_\_\_\_\_

Gaarne zwangerschap of andere bijzonderheden die van belang zijn vermelden: \_\_\_\_\_

Heeft u bezwaar dat uw gegevens m.b.t. onderzoek en behandeling naar uw tandarts gemaild worden? \_\_\_\_\_

Ja  Nee

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

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