



Tandartspraktijk Zuiderkaag, Kaagweg 7, 1741 LC Schagen, Tel: 0224-571070

E-mail: [info@tpzuiderkaag.nl](mailto:info@tpzuiderkaag.nl) of [receptie@tpzuiderkaag.nl](mailto:receptie@tpzuiderkaag.nl)

Na het maken van uw afspraak bij de tandarts of mondhygiënist krijgt u 1 of 2 dagen voor de geplande afspraak een herinnering van deze afspraak via uw mail. Dit is een extra dienstverlening vanuit de tandartspraktijk.

Mocht u deze mail niet ontvangen hebben dan is dit geen reden om aan te nemen dat de afspraak niet door gaat. Als een afspraak van onze kant niet doorgaat zullen wij u altijd eerst zelf benaderen.

Voornaam	
Achternaam M/V	
Verzekeringsmaatschappij / verzekering nr.	
Aanvullend verzekerd voor de tandarts?	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboorte datum	
Telefoonnummer	
Mobiele telefoonnummer	
E-mail adres	
BSN nummer	
Beroep	
Huisarts	
Specialist (en)	

### Huisreglement Tandartspraktijk Zuiderkaag

- Ons advies is elke 6 maanden een tandheelkundige controle. U krijgt hiervoor een herinnering thuis gestuurd.
- Afspraken dienen uiterlijk 24 uur van te voren worden afgezegd.
- Bij niet of te laat afzeggen van een afspraak kan er een rekening volgen voor de gereserveerde tijd.

**Na ondertekening gaat u akkoord met dit reglement.**

Naam:
Datum:
Handtekening:

<b>Naam:</b>	<b>geb. datum:</b>	<b>datum van invullen:</b>
--------------	--------------------	----------------------------

### Gezondheidsvragenlijst

Een aantal ziekten, afwijkingen en het gebruik van medicijnen kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige behandeling of aanleiding geven tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is dus in uw belang dat wij hiervan op de hoogte zijn. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim. U bent overigens niet verplicht om alle/de schriftelijke vragen te beantwoorden. U kunt dit ook mondeling doen. Bespreek dit dan met uw tandarts of mondhygiënist.

**Omcirkel a.u.b. bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (nee of ja)**

Heeft u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning?	Nee / Ja
Heeft u een hartinfarct gehad?	Nee / Ja
Heeft u een hartruis, hartklepgebrek?	Nee / Ja
Heeft u een kunstheup, kunstknie of een kunsthartklep?	Nee / Ja
Heeft u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?	Nee / Ja
Heeft u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?	Nee / Ja
Heeft u last van hartzwakke?	Nee / Ja
Heeft u een hoge bloeddruk?	Nee / Ja
Heeft u verlammingen (beroerte, attaque) of spraakstoornissen gehad?	Nee / Ja
Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?	Nee / Ja
Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?	Nee / Ja
Heeft u last van hyperventileren?	Nee / Ja
Heeft u astma?	Nee / Ja
Heeft u slechte longen?	Nee / Ja
Heeft u hooikoorts?	Nee / Ja
Heeft u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelen gebruik of na gebruik van medisch materiaal (jodium, rubber)?	Nee / Ja
Heeft u suikerziekte?	Nee / Ja
Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?	Nee / Ja
Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?	Nee / Ja
Heeft u een leverziekte?	Nee / Ja
Heeft u een chronische nierziekte waarvoor u een dieet gebruikt?	Nee / Ja
Heeft u chronische darmklachten waarbij u meer dan 5 kg bent vermagerd?	Nee / Ja
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?	Nee / Ja
Heeft u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?	Nee / Ja
Heeft u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?	Nee / Ja
Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?	Nee / Ja
Bent u / wordt u bestraald voor hals en/of hoofd tumoren?	Nee / Ja
Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja, welke?	Nee / Ja
Rookt u?	Nee / Ja
Drinkt u meer dan 5 alcoholische drankjes per dag?	Nee / Ja
Gebruikt u dagelijks verdovende middelen?	Nee / Ja

**Handtekening patiënt of ouder/verzorger:**