

LAMMERENBERG TANDARTSPRAKTIJK

ANAMNESE

Naam en voornaam: _____ Geboortedatum: ____/____/____

Huisarts naam en locatie: _____ Uw telefoonnr.: _____

Uw email: _____ Uw beroep : _____

1. Heeft u een gezondheidsprobleem of ondergaat u een medische behandeling? JA / NEEN

O Astma / Longproblemen O Bloeddruk O Dementie / Vergeetachtig

O Diabetes O Epilepsie O Hartproblemen

O Herpes O HIV / Seropositive O Hyperventilatie

O Maag of darm problemen O Osteoporose O Schildklier

O Slaapapneu O Snel last van schimmels O Tumor / Kanker

O Andere _____

2. Neemt u op dit ogenblik medicatie eventueel voor een aandoening? JA / NEEN

Waarvoor neemt u medicatie? _____

Welke medicatie neemt u? Vermeld zeker bloedverdunners of bisfosfonaten (medicatie voor bot /osteoporose)

3. Heeft u allergieën? (bv.: penicilline, Latex , ...) JA / NEEN Welke ? _____

4. Heeft u ooit problemen gehad tijdens een tandheelkundige behandeling? JA / NEEN

Welke? _____

5. Bent u mogelijks zwanger? JA / NEEN

6. Heeft u erg veel schrik bij de tandarts? JA / NEEN

7. Rookt u ? JA / NEEN

8. Wenst u iets te laten verbeteren aan uw huidige gebit / glimlach? JA / NEEN

9. Welk jaar was u laatst bij de tandarts? Dit is mogelijks van belang voor de terugbetaling. _____

10. Heeft u een bijkomende tandverzekering? JA / NEEN

11. Bij welke mutualiteit bent u aangesloten? _____

12. Hoe heeft u ons gevonden? _____

Voor uw en onze veiligheid worden uw gegevens in uw intern patiëntendossier bewaard. Indien met een labo of medisch verwijzer gewerkt wordt kunnen wij indien nodig uw gegevens met hen en uw huisarts delen.

U verklaart op de hoogte te zijn van onze algemene voorwaarden, deze hangen uit in de wachtzaal en kan u ook terug vinden op onze website. Heeft u tips of een bekommernis laat het ons weten!

Voor akkoord,

Datum : _____ Handtekening : _____