

Intake formulier

Persoonsgegevens

Naam: BSN:
 Geboortedatum: Telefoonnummer:
 Adres: 06-nummer:
 Postcode: Emailadres:
 Woonplaats: Verzekeringsnummer:
 Tandarts: Medisch specialist:

Wat is uw zorgvraag?

.....

AVG en WGBO

In het kader van uw behandeling hebben wij ons te houden aan de volgende wetten, namelijk de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Hieronder vindt u een aantal items waar wij toestemming van u voor nodig hebben, om u kwalitatief goed en veilig mbv AVG te kunnen behandelen. **Bij geen akkoord kunnen wij u helaas niet als patiënt in onze praktijk opnemen.**

Op de volgende pagina kunt u de gezondheidsvragenlijst vinden die volgens de WGBO verplicht is. Dit zijn vragen omtrent de gezondheid. Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicatie en leefgewoontes kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw medische behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is belangrijk dat u deze lijst zorgvuldig invult. **Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.**

AVG vragen lijst

	Akkoord:
U heeft de privacyverklaring ingezien (<i>deze is te vinden in de wachtkamer of op onze website www.mondvit.nl</i>)	Ja / Nee
U geeft toestemming voor het gebruik van uw persoonsgegevens (<i>naam, bsn, tel-nr, geboorte datum, verzekeringsgegevens en e-mailadres in uw dossier</i>)	Ja / Nee
U geeft toestemming voor het vastleggen van uw medische en tandheelkundige gegevens	Ja / Nee
U geeft toestemming voor het opvragen van uw medische en tandheelkundige gegevens	Ja / Nee
U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres voor het versturen van de factuur	Ja / Nee
U geeft toestemming voor het factureren van uw behandeling via Infomedics factoringmaatschappij	Ja / Nee
U geeft toestemming uw dossier te delen met uw tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgverlener	Ja / Nee

Gezondheidsvragenlijst (WGBO)

Graag aanvinken of u een van de volgende ziekten / aandoeningen heeft of heeft gehad:		
<input type="checkbox"/> Hart / vaatziekten	<input type="checkbox"/> Reuma	<input type="checkbox"/> Diabetes TYPE I / TYPE II
<input type="checkbox"/> angeboren hartafwijking	<input type="checkbox"/> Astma / Bronchitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Pijn of knellend gevoel aan de borst	<input type="checkbox"/> Beroerte	<input type="checkbox"/> AIDS / HIV positief
<input type="checkbox"/> Hoge / lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> Trombose / Longembolie	<input type="checkbox"/> Transplantatie / Implantatie
<input type="checkbox"/> Hyperventilatie	<input type="checkbox"/> Bloedarmoede / Bloedziekte	<input type="checkbox"/> Maag / Darm problemen
<input type="checkbox"/> Stress overspannen	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Bestraling (chemo)

Doorhalen wat niet van toepassing is.	
Bent u eerder bij een mondhygiënist onder behandeling geweest?	Ja / Nee
Bent u de afgelopen 2 jaar in een ziekenhuis onder behandeling geweest of ernstig ziek geweest?	Ja / Nee
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?	Ja / Nee
Bent u zwanger?	Ja / Nee
Rookt u? Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?	Ja / Nee
Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	Ja / Nee
Heeft u wel eens een abnormale reactie gehad op een plaatselijke verdoving? Zo ja, wat voor reactie?	Ja / Nee
Heeft u een ziekte waar niet naar gevraagd is? Zo ja, welke?	Ja / Nee
Zijn er andere bijzonderheden of beperkingen waar we rekening mee moeten houden bij de behandeling? Zo ja, welke?	Ja / Nee

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Ingevuld op datum:

Handtekening patiënt: