

Intakeformulier

Gelieve dit formulier ingevuld meenemen naar het eerste bezoek

Persoonsgegevens

Naam/voornaam : **Geboortedatum:**.....

Adres :

Postcode/woonplaats :

BSN :

Telefoonnummer : **06 nummer:**.....

Email adres :.....

Verzekering + nummer :.....

Tandarts : **Specialist :**

In het kader van uw behandeling hebben wij ons te houden aan een aantal wetten, zoals bijvoorbeeld de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Volgens de AVG moeten wij u toestemming vragen voor een aantal zaken m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens. Daarom vindt u hieronder een aantal items waarvoor wij uw expliciete toestemming nodig hebben. Zonder akkoord voor het onderstaande is het voor ons als MondVit Mondhygiënist niet mogelijk om u kwalitatief goed en veilig te kunnen behandelen. Wanneer u niet akkoord gaat, kunnen wij u helaas niet als patiënt in onze praktijk opnemen.

U heeft de privacyverklaring ingezien en bent ermee bekend – deze is te vinden in de wachtkamer en te downloaden via onze website www.mondvit.nl	Ja/ Nee
U geeft toestemming voor het gebruik van uw persoonsgegevens, zoals naam, adres, telefoonnummer, BSN nummer, geboortedatum, verzekeringsgegevens en e-mail adres in uw dossier	Ja/ Nee
U geeft toestemming voor het vastleggen van uw medische gegevens, medicatiegegevens, tandheelkundige gegevens en röntgenfoto's in het belang van uw behandeling	Ja/ Nee
U geeft toestemming voor het opvragen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend tandarts/andere mondzorgverlener	Ja/ Nee
U geeft toestemming voor het opvragen en uitwisselen van informatie die van belang is voor uw behandeling bij uw behandelend arts/specialist indien dit noodzakelijk is om op verantwoorde manier uw behandeling uit te kunnen voeren	Ja/ Nee
U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mail adres 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 voor het gebruik van uw e-mail adres voor het maken of wijzigen van een afspraak en voor de afspraakherinnering	Ja/ Nee

U geeft toestemming voor het gebruik van uw e-mail adres voor het verstrekken van algemene praktijkinformatie en informatie over mondgezondheid	Ja/ Nee
U geeft toestemming uw dossier te delen met uw (nieuwe) tandarts, mondhygiënist of andere mondzorgverlener	Ja/ Nee

Wat is uw zorgvraag? De reden van uw bezoek is?

.....

.....

.....

.....

Gezondheidsvragenlijst

Volgens de WGBO hebben wij een wettelijke dossierplicht. Hiervoor is het noodzakelijk een aantal gegevens van u vast te leggen, waaronder ook informatie over uw algemene gezondheid.

Een aantal ziekten en afwijkingen, het gebruik van medicijnen en leefgewoonten kunnen uw mondgezondheid (sterk) beïnvloeden. Ook kunnen zij beperkingen opleggen aan uw tandheelkundige/mondhygiënische behandeling of aanleiding vormen tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het is daarom belangrijk dat uw tandarts en mondhygiënist hiervan op de hoogte zijn. Ik verzoek u onderstaande lijst zorgvuldig in te vullen. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en vallen onder het medisch beroepsgeheim.

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?	Ja/ Nee
Zo ja, welke?	
Bent u zwanger?	Ja/ Nee
Rookt u? Zo ja, hoeveel?	Ja/ Nee
Heeft u de volgende ziekten (gehad)?	
Hart/vaatziekte	Ja/ Nee
Aangeboren hartafwijking	Ja/ Nee
Pijn of knellend gevoel op de borst bij inspanning	Ja/ Nee
Hoge/ lage bloeddruk	Ja/ Nee
Acuut reuma	Ja/ Nee
Reuma	Ja/ Nee
Astma/ Bronchitis	Ja/ Nee
Hyperventilatie	Ja/ Nee
Trombose/ Longembolie	Ja/ Nee
Beroerte	Ja/ Nee
Bloedziekten/ Bloedarmoede	Ja/ Nee

Epilepsie	Ja/ Nee
Diabetes	Ja/ Nee
Hepatitis	Ja/ Nee
AIDS/HIV positief	Ja/ Nee
Schildklierafwijkingen	Ja/ Nee
Stress/ Overspannen	Ja/ Nee
Transplantatie/ Implantatie	Ja/ Nee
Maag/Darmproblemen	Ja/ Nee
Heeft u ooit bestraling gehad?	Ja/ Nee
Bent u ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?	Ja/ Nee
Hebt u wel eens een abnormale reactie gehad op een plaatselijke verdooving? Zo ja, wat voor reactie?	Ja/ Nee
Hebt u een ziekte waar niet naar is gevraagd?	Ja/ Nee
Zijn er andere bijzonderheden of beperkingen waar we rekening mee moeten houden bij de behandeling?	Ja/ Nee

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.

Wilt u zo vriendelijk zijn eventuele wijzigingen aan ons door te geven?

Ingevuld op datum:

Handtekening patiënt: