|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Medewerker: | Afspraak: |
|  |  |  |

PATIENTNR: Tandartsenpraktijk Kieslokaal, Gravin Sabinastraat 2C,3284AP Zuid-Beijerland

 **Telefoon: 0186729000**

**Email: contact@kieslokaal.com**

INTAKEGESPREK

Vragenlijst voor nieuwe patiënten Tandartsenpraktijk Kieslokaal

**Patiëntgegevens;**

Achternaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Meisjesnaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voorletter(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Voornaam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m/v

Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postcode/Plaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon privé:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoon mobiel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huisarts en tel.nr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apotheek en tel.nr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

verzekering:

* Zorgverzekeraar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Relatie/polis nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* BSN-nummer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Indien u onder de Wlz-regeling (Wet langdurige zorg) valt, onder welke zorginstelling en onder welk zorgkantoor valt u dan?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Is de Wlz-indicatie met of zonder behandelingen?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wat is de reden dat u zich aanmeldt bij onze praktijk?

Bij welke tandarts was u eerst? Wanneer bent u voor het laatst voor controle

geweest?

Zijn er bij de vorige tandarts foto’s gemaakt? Zo ja, wanneer voor het laatst?

Heeft u speciale wensen of klachten over uw gebit die u met de tandarts zou willen

bespreken? Zo ja, welke?

Hoe vaak poetst u uw tanden en gebruikt u nog andere manieren om uw tanden te reinigen? (b.v. flossen, tandenstokers)

***Belangrijke mededelingen:***

*Afspraak:*

* *Indien een afspraak niet of niet tijdig (uiterlijk 24 uur) tevoren is afgezegd, dan zijn wij gerechtigd u de vrij gevallen tijd in rekening te brengen. Dit ter beoordeling van Tandartsenpraktijk Kieslokaal*
* *Wij verzoeken u, zich bij ieder bezoek te melden aan de balie, alvorens u plaats neemt in de wachtkamer.*

*Betalingen en vergoedingen:*

* *Indien er nog rekeningen open staan elders, waardoor u bij ons als dubieuze debiteur geregistreerd staat, kunnen wij u niet meer behandelen en zullen u dan ook uitschrijven.*
* *Tandartsenpraktijk Kieslokaal is niet aansprakelijk voor het zorgdragen voor de uit een behandeling voortvloeiende kosten die vallen onder de eigen bijdrage van uw verzekering. Het gaat dus om dat deel dat niet door de verzekering wordt vergoed!!*
* *U dient zelf vooraf na ontvangst van een begroting navraag te doen bij uw zorgverzekeraar, welk bedrag zij zullen vergoeden van de behandeling, dit is mede afhankelijk van de polis die u heeft.*
* *Wanneer u na het antwoord van de zorgverzekeraar afziet van de behandeling, dient u ons dit direct te laten weten! Anders zal de behandeling plaatsvinden volgens de richtlijnen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.*
* *Wij werken met Famed. Dit is een organisatie, die voor tandartsen en een aantal andere zorginstellingen het factureren en het innen van hun nota’s verzorgt. U ontvangt daarom onze nota’s via Famed. Het scheelt ons veel werk en voor u verandert er bijna niets. U betaalt aan Famed, dat is het belangrijkste verschil.*

### Wijzigingen

* *Veranderingen zoals verhuizing, overlijden, gewijzigde gezinssituatie, verandering van zorgverzekeraar, ziekte al dan niet in combinatie met medicatie en andere belangrijke informatie dient u terstond schriftelijk aan ons door te geven.*

Bedankt voor uw aanmelding bij onze praktijk. Voor de goede orde willen wij u er op wijzen, dat wij voor de inschrijving het volgende nodig hebben:

* Het **polisblad 2020 van de zorgverzekeraar** (dus niet het pasje of een rekening) Dit is een A4-formulier met de titel ”POLIS”. Zonder deze polis kunnen wij u niet inschrijven!
* Geldig legitimatiebewijs (paspoort, rijbewijs of id –kaart kopie in **kleur** van beide zijden)
* De gegevens van de vorige tandarts (indien mogelijk).
* **Een volledig ingevulde gezondheidsvragenlijst** (pagina 3 t/m 5).

Nadat u uw gegevens hebt ingevuld worden uw gegevens geregistreerd voor:

* Gebruik eigen administratie
* Facturatie door Infomedics
* Patiënt informatie

Hebt u uw email adres en mobiele telefoonnummer ingevuld, dan kunnen wij u een herinnering sturen van uw gemaakte afspraak. U blijft zelf verantwoordelijk voor uw gemaakte afspraak!

Door ondertekening verklaard u op de hoogte te zijn van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

**Hierbij verklaar ik dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en ga akkoord met de bepalingen zoals hierboven zijn genoemd. Tevens worden er kosten (code c22) in rekening gebracht conform de nieuwe UPT-lijst 2020.**

Handtekening: Datum:

(indien minderjarig handtekening ouder/verzorger)

Wilt u de vragen van de onderstaande gezondheidsvragenlijst betreffende uw gezondheid zo eerlijk mogelijk beantwoorden, dit is voor ons van groot belang bij eventuele chirurgische behandelingen, zoals het trekken van tanden en/of kiezen. Ook bij andere ingrepen zoals het verwijderen van tandsteen enz. kan deze informatie voor ons van belang zijn, maar ook bijvoorbeeld bij het voorschrijven van antibiotica of pijnstillers.

**GEZONDHEIDSVRAGENLIJST**

Omcirkel bij de volgende vragen Ja of Nee. De gezondheidsvragenlijst zal vertrouwelijk worden behandeld.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?** | Ja / Nee |
| a. Hebt u uw activiteiten moeten verminderen? | Ja / Nee |
| b. Nemen de klachten de laatste tijd toe? | Ja / Nee |
| c. Hebt u ook klachten in rust? | Ja / Nee |
| d. Hebt u ondanks bypassoperatie, dotterprocedure of lasertherapie weer angina pectoris gekregen? | Ja / Nee |
| **2. Hebt u een hartinfarct gehad?** | Ja / Nee |
| a. Hebben zich daarna complicaties voorgedaan? | Ja / Nee |
| b. Ondervindt u nog steeds klachten? | Ja / Nee |
| c. Hebt u in de laatste 6 maanden een hartinfarct gehad? | Ja / Nee |
| **3. Hebt u een hartgeruis, een hartklepgebrek?** | Ja / Nee |
| **4. Hebt u een kunstheup of een kunsthartklep?** | Ja / Nee |
| **5. Hebt u korter dan 6 maanden geleden een vaatoperatie ondergaan?** | Ja / Nee |
| a. Hebt u bij tandheelkundige behandeling antibiotica nodig? | Ja / Nee |
| b. Hebt u klachten ten gevolge van het hartklepgebrek? | Ja / Nee |
| **6. Hebt u zonder inspanning aanvallen van hartkloppingen?** | Ja / Nee |
| a. Moet u tijdens de aanvallen rusten zitten of liggen? | Ja / Nee |
| b. Wordt u bleek, duizelig of kortademig tijdens aanvallen? | Ja / Nee |
| **7. Hebt u last van hartzwakte?****Zo ja:** | Ja / Nee |
| a. Hebt u 's avonds gezwollen voeten? | Ja / Nee |
| b. Moet u 's nachts meer dan 2x urineren? | Ja / Nee |
| c. Slaapt u met meer dan 2 kussens, omdat u anders kortademig wordt? | Ja / Nee |
| d. Wordt u 's nachts kortademig wakker? | Ja / Nee |
| **8. Hebt u een hoge bloeddruk?****Zo ja:****Is met eventuele medicatie uw bloeddruk nog te hoog?**  | Ja / NeeJa / Nee |
| a. Is uw bovendruk dan meestal tussen de 160 en 200? | Ja / Nee |
| b. Is uw onderdruk dan meestal tussen de 95 en 115? | Ja / Nee |
| c. Is uw bovendruk dan meestal 200 of hoger? | Ja / Nee |
| d. Is uw onderdruk dan meestal 115 of hoger? | Ja / Nee |
| **9. Hebt u verlammingen (beroerte of attaque) of spraakstoornissen gehad?** | Ja / Nee |
| a. Hebt u tevens vergelijkbare klachten die korter dan 24 uur bestaan? | Ja / Nee |
| b. Hebt u in de laatste 6 maanden een beroerte of attaque gehad? | Ja / Nee |
| **10. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?** | Ja / Nee |
| **11. Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?** | Ja / Nee |
| a. Wisselt u regelmatig van medicijnen? | Ja / Nee |
| b. Hebt u ondanks uw medicijnen regelmatig aanvallen? | Ja / Nee |
| **12. Hebt u last van hyperventileren?** | Ja / Nee |
| **13. Hebt u astma?** | Ja / Nee |
| a. Hebt u daar nu last van? | Ja / Nee |
| **14. Hebt u slechte longen?** **Zo ja:** | Ja / Nee |
| a. Hoest u meer dan een kopje slijm per dag op? | Ja / Nee |
| b. Bent u kortademig bij traplopen na ongeveer 20 treden? | Ja / Nee |
| c. Bent u kortademig bij het aankleden? | Ja / Nee |
| **15. Hebt u hooikoorts?** | Ja / Nee |
| **16. Hebt u ooit een allergische reactie gehad na geneesmiddelengebruik of na gebruik van medische materialen (jodium, rubber, pleisters)?** | Ja / Nee |
| a. Gebruikt u voor uw allergie medicijnen? | Ja / Nee |
| b. Bent u allergisch voor penicilline of antibiotica? | Ja / Nee |
| c. Is de allergie opgetreden bij plaatselijke verdoving? | Ja / Nee |
| d. Is de allergie opgetreden bij uw tandarts? | Ja / Nee |
| e. Waarvoor bent u allergisch? | Ja / Nee |
| **17. Hebt u suikerziekte?** | Ja / Nee |
| a. Gebruikt u insuline? | Ja / Nee |
| b. Bent u vaak "ontregeld" (hypo/hyperglykemie)? | Ja / Nee |
| c. Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van suikerziekte? | Ja / Nee |
| **18. Is bij u een versterkte schildklierfunctie vastgesteld?** | Ja / Nee |
| a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? | Ja / Nee |
| b. Hebt u ondanks behandeling klachten? | Ja / Nee |
| **19. Is bij u een trage schildklierfunctie vastgesteld?** | Ja / Nee |
| a. Wordt u daarvoor behandeld of gecontroleerd? | Ja / Nee |
| b. Hebt u ondanks behandeling klachten? | Ja / Nee |
| **20. Hebt u een leverziekte?** | Ja / Nee |
| a. Langer dan 6 maanden? | Ja / Nee |
| b. Hebt u daarvoor een dieet of medicijnen? | Ja / Nee |
| **21. Hebt u een chronische nierziekte waarvoor u dieet gebruikt?** | Ja / Nee |
| a. Hebt u een nierfunctievervangende behandeling? | Ja / Nee |
| **22. Hebt u chronische maagdarmklachten waarbij u meer dan 5kg bent vermagerd?** | Ja / Nee |
| a. Hebt u langer dan 6 maanden diarree ? | Ja / Nee |
| **23. Hebt u momenteel een besmettelijke ziekte?****Zo ja:** | Ja / Nee |
| a. Welke? |  |
| **24. Hebt u bloedarmoede met klachten (moe, duizeligheid)?** | Ja / Nee |
| **25. Hebt u een kwaadaardige ziekte van de lymfeklieren of een bloedziekte?** | Ja / Nee |
| a. Welke? |  |
| b. Wordt u hiervoor behandeld? | Ja / Nee |
| c. Hebt u koorts in aanvallen? | Ja / Nee |
| **26. Is bij u een bloedingsneiging vastgesteld?** | Ja / Nee |
| a. Bloedt u langer dan 1 uur na verwonding of ingrepen? | Ja / Nee |
| b. Krijgt u zonder te stoten blauwe plekken? | Ja / Nee |
| **27. Bent u bestraald voor een tumor of gezwel aan hoofd of hals?** | Ja / Nee |
| a. Was dit minder dan 5 jaar geleden? | Ja / Nee |
| **28. Gebruikt u op dit moment medicijnen? Zo ja, welke?** | Ja / Nee |
| a. Voor het hart? | Ja / Nee |
| b. Loopt u bij de trombosedienst? | Ja / Nee |
| c. Tegen hoge bloeddruk? | Ja / Nee |
| d. Aspirine of pijnstillers (tegen gewrichtsklachten) | Ja / Nee |
| e. Voor suikerziekte? | Ja / Nee |
| f. Prednison, corticosteroïden of andere afweerremmende middelen? | Ja / Nee |
| g. Medicijnen tegen kanker of bloedingsziekte ? | Ja / Nee |
| h. Penicilline of antibiotica? | Ja / Nee |
| i. Kalmerende middelen, slaaptabletten, antidepressiva? | Ja / Nee |
| j. Andere medicijnen? | Ja / Nee |
| k. Gebruikt u dagelijks verdovende middelen? | Ja / Nee |
| l. Gebruikt u dagelijks meer dan 5 alcoholische consumpties? | Ja / Nee |
| **29. Rookt u?**a. Hoeveel? En wat?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**30. Bent u op dit moment zwanger?** Zo ja , wanneer bent u uitgerekend?**31. Hebt u een ontsteking aan uw hartklep?****33. Hebt u een pacemaker?****34. Hebt u een hartoperatie ondergaan?**Zo ja, wanneer?**35. Bent u geïnfecteerd met aids?****37. Bent u geïnfecteerd met het HIV-virus?****38. Bent u geïnfecteerd met Hepatitis A/B/C?****39. Bent u geïnfecteerd met tuberculose?****40. Hebt u een andere ziektevorm?**Zo ja, welke? | Ja/ NeeJa / NeeJa / NeeJa / NeeJa / NeeJa / NeeJa / NeeJa / NeeJa / NeeJa / Nee |
| **41. Gebruikt u drugs?** |  Ja / Nee |

Handtekening: Datum:

(indien minderjarig handtekening ouder/verzorger)