



Anamneseformulier

Patiëntgegevens

Naam, Voornaam _____

Geboortedatum _____ Geslacht: m v

Geboorteplaats _____

Straat/Huisnummer _____

Postcode/Plaats _____

Tel. privé/mobiel _____ Tel. werk _____

Email _____

BSN-nr: _____

Zorgverzekeraar _____ Relatie-nr: _____

Huistandarts _____ Huisarts: _____

In verband met uw en onze veiligheid verzoeken wij U de volgende vragen zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden.
Alle verstekte gegevens vallen onder de strikte zwijgplicht van de tandarts en zijn personeel.

Hart- en vaatziekten:

Hoge bloeddruk ja nee
Lage bloeddruk ja nee
Endocarditis ja nee
Pacemaker ja nee

Infektieziekten:

AIDS ja nee
Hepatitis ja nee
Tuberculose ja nee
andere _____

Allergieën:

Lokale verdovingen ja nee
Antibiotica/Penicilline ja nee
Latex ja nee
andere _____

Andere aandoeningen:

Bloedstollingsziekten ja nee
Astma ja nee
Epilepsie ja nee
Diabetes ja nee
Rookt u? ja nee

Zwangerschap

Zo ja, in welke week?

ja nee

Heeft U een volledige gebitsprothese in de bovenkaak?

ja nee

In de onderkaak?

ja nee

Gebruikt u medicijnen ja nee welke: _____

Zo ja, hoe lang bent u tandenloos? bovenkaak _____ jaar / onderkaak _____ jaar

Hoe oud is uw huidige prothese? bovenkaak _____ jaar / onderkaak _____ jaar

Plaats / Datum:

Handtekening