



Patiënten

Medisch geheim



Geachte ouders/verzorgers/patiënt,

Wij hebben een afspraak gepland voor een intakegesprek orthodontie. Wilt u voorafgaande aan dit gesprek a.u.b. deze vragenlijst invullen? Het invullen van deze lijst dient niet ter vervanging van het gesprek, maar ter voorbereiding daarop. De door u verstrekte informatie (anamnese), d.m.v. dit formulier, is van belang bij het opstellen van het persoonlijke orthodontische behandelplan.

Wilt u de vragenlijst t.b.v. de patiënt zo zorgvuldig mogelijk invullen, alvast bedankt.

A.u.b. alle vragen in dit digitale formulier (PDF) voorzien van het antwoord dat het meest van toepassing is d.m.v. aanvinken (Nee of Ja) en, waar nodig, aanvullende informatie invullen\*.

1 - U bent verwezen door een tandarts/behandelaar? :  Nee  Ja

Zo ja, naam van de tandarts/behandelaar? \_\_\_\_\_

Vestigingsplaats van de tandarts /behandelaar? \_\_\_\_\_

2 - Staat u momenteel onder doktersbehandeling/specialist? :  Nee  Ja

Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

3 - Bent u ergens allergisch voor?:  Nee  Ja

Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

4 - Heeft u problemen om door de neus te ademen?:  Nee  Ja

5 - Zijn uw keel/neus amandelen verwijderd?:  Nee  Ja

6 - Heeft u buisjes in de oren gehad?:  Nee  Ja

7 - Heeft u een mondgewoonte (gehad)? Zoals:

- Duim- of vingerzuigen  Fopspeen  Potlood-, lip-, wang -of nagelbijten  Klemmen  Knarsen  Geen

Zo ja, tot welke leeftijd \_\_\_\_\_

8 - Bent u ooit opgenomen in het ziekenhuis?:  Nee  Ja

Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_

9 - Heeft u regelmatig last van hoofdpijn?:  Nee  Ja

10 - Gebruikt u medicijnen tegen epilepsie?:  Nee  Ja

11 - Heeft u een onrustige nachtrust en/of snurkt u?:  Nee  Ja

12 - Bent u een roker (geweest)?:  Nee  Ja

Zo ja, tot wanneer? \_\_\_\_\_

Hoeveel per dag? \_\_\_\_\_

13 - Gebruikt u regelmatig medicijnen?:  Nee  Ja

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14 - Hoe vaak poetst u uw tanden?:

- 1 keer per dag  2 keer per dag  3 keer per dag  Soms  Nooit

15 - Bloedt uw tandvlees?:

- Soms  Altijd  Nooit

16 - Gaat u regelmatig naar de tandarts?:

- 1 keer per jaar  2 keer per jaar  3 keer of vaker

Wanneer was u laatste bezoek? \_\_\_\_\_

17 - Heeft u reeds een logopedische behandeling gevolgd?:  Nee  Ja

Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_

Waarvoor? \_\_\_\_\_

18 - Heeft u kauwproblemen?:  Nee  Ja

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

19 - Bent u momenteel ontevreden met de stand van uw gebit/gezicht?:  Nee  Ja

Zo ja, wat zou u willen verbeteren? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20 - Heeft u ooit letsel opgelopen in uw aangezicht of gebit?:  Nee  Ja

Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_

21 - Heeft u reeds een röntgenopname (van uw hoofd) laten maken?:  Nee  Ja

Zo ja, wanneer? \_\_\_\_\_

22 - Bent u reeds orthodontisch behandeld geweest?:  Nee  Ja

Zo ja, door wie? \_\_\_\_\_

Wanneer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23 - Heeft u nog opmerkingen die nuttig voor ons kunnen zijn??:  Nee  Ja

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Volledige naam patiënt: \_\_\_\_\_  Man  Vrouw

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Werkwijze:

- vul dit formulier (PDF) volledig in, door gebruik te maken van de bovenstaande aanvink-keuzes en invulvelden - vervolgens kunt u dit formulier opslaan en mailen naar info@dentl.nl - u kunt uw eigen exemplaar van dit formulier (PDF) bewaren. Bij vragen kunt u ons bellen via tel: 038 386 78 56

\*Met het insturen van dit digitale formulier (PDF) geeft u ons toestemming om uw ingevulde gegevens bij uw patiëntendossier te voegen